

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

615

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Renée GAUTHERON

Née le 7 Octobre 1900, à La Garenne Colombes (Seine)

ANCIENNE INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

**Les formes occlusives
des Grossesses
extra-utérines**

Président : **M. Duval**, Professeur

Imprimerie de la C. B. B.

10, RUE PAUL LELONG - PARIS

ERRATA

LE TABLEAU I

(Occlusion progressive)

encarté par erreur à la page 213

doit être encarté à la page 301

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Renée GAUTHERON

Née le 7 Octobre 1900, à La Garene Colombes (Seine)

ANCIENNE INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Les formes occlusives des
Grossesses extra-utérines

Président : **M. Duval**, Professeur

Imprimerie de la C. B. B.

10, RUE PAUL LELONG - PARIS

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIERE.
Physiologie	PROUST.
Physique médicale	LÉON BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ROBERT DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	MAURICE VILLARET.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	ACHARD.
Clinique des maladies des enfants	BEZANÇON.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CARNOT.
Clinique des -maladies cutanées et syphilitiques	MARCEL LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies infectieuses	NOBECOURT.
Clinique chirurgicale	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	GOUGEROT.
Clinique d'accouchements	LEMIERRE.
Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale	GREGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	MARION.
Clinique de la Tuberculose	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	COUVELAIRE.
Professeurs sans chaire	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	ETIENNE BERNARD.
Pathologie médicale	HENRI BENARD.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCO.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GAILLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	CATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART-D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	HENRI LABBE.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	GUY LAROCHE.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie expérimentale	TROKSIER.
Pathologie expérimentale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III. . . AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE

ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
	ABRAMI.
	AUBERTIN.
Clinique médicale	BRULE.
	CHIRAY.
	DUVOIR.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique obstétricale	GUENIOT.
	LE LORIER.
	LEVY-SOLAL.
	METZGER.
	BASSET.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	MOCQUOT.
	HEITZ-BOYER.
	MOURE.
	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

Je dédie cette thèse en témoignage de mon affection infinie et de mon éternelle reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle a faits pour moi.

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE REGRETTE

LE DOCTEUR A. COYON

*Dont la disparition brutale a été
pour moi une perte immense.*

A M. LE PROFESSEUR P. DUVAL

Chirurgien de l'hôpital Vaugirard

En témoignage de notre respectueuse admiration et de notre profonde reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR BASSET

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

*Qui m'a dirigée au cours de ce
travail et dont je suis fière d'être
l'élève.*

*Expression de ma très grande
reconnaissance et de mon entier
dévouement.*

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR GRENET

Médecin de l'hôpital Bretonneau

*En témoignage de ma très vive
gratitude pour le bienveillant in-
térêt qu'il m'a toujours porté et
pour l'enseignement éclairé que
j'ai reçu dans son service.*

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR GUILLEMOT,

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Expression sincère de mon attachement profond et de mon admiration respectueuse.

A M. LE PROFESSEUR MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

*Qui nous a autorisée à utiliser ses
observations et a bien voulu nous
donner des indications intéres-
santes au sujet de cette thèse.*

*Hommage de respectueuse grati-
tude.*

A. M. LE DOCTEUR BERGERET

Chirurgien de l'Hôpital La Charité

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage 1921-1922

Monsieur le Professeur HARTMANN ;

Monsieur le Professeur SERGENT ;

Monsieur le Professeur Agrégé RIBIERE (in memorian) ;

Monsieur le Docteur ARROU ;

Monsieur le Docteur PARMENTIER ;

Externat 1923-1928

Monsieur le Professeur Agrégé J. de JONC (in memorian) ;

Monsieur le Professeur LEGUEU ;

Monsieur le Docteur Coyon (in memorian) ;

Monsieur le Professeur JEANNIN ;

Monsieur le Docteur Jules RENAULT ;

Monsieur le Docteur LESNE ;

Monsieur le Docteur HUDELO ;

Monsieur le Docteur LOUSTE ;

Internat 1929-1933

Monsieur le Professeur Agrégé BASSET;

Monsieur le Professeur Agrégé GUY LAROCHE;

Monsieur le Docteur GRENET ;

Monsieur le Docteur RIVET ;

Monsieur le Docteur GUILLEMOT;

Monsieur le Professeur JEANNIN ;

A MES AUTRES MAITRES :

*MM. les Docteurs CHABROL, SCHWARTZ et ALAJOUA-
NINE, Professeurs Agrégés ;*

*MM. les Docteurs AMELINE, GOUVERNEUR, FEVRE,
Chirurgiens des Hôpitaux ;*

*MM. les Docteurs MARQUESY, CLEMENT, Médecins des
Hôpitaux ;*

*MM. les Docteurs CHOME, PAREUX, RABUT, ISAAC-
GEORGES, PRIEUR, H. DUVAL, LARGEY, LEMAIRE,
BIDERMANN et PETRIGNANI.*

A MES COLLEGUES D'INTERNAT

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale peut compliquer toutes les formes anatomiques de la grossesse extra-utérine et survenir à toutes les étapes de son évolution.

On peut donc observer non seulement des pseudo-occlusions apanage des grossesses jeunes, mais aussi des occlusions vraies.

Les cas sont plus nombreux que l'on ne pense, où la gestation ectopique, arrivée à une période avancée, entraîne, par ses désordres intra-abdominaux, des occlusions mécaniques.

L'étude de ces occlusions, vraies ou fausses, nous a paru intéressante à de multiples points de vue.

Elles sont rares : puisqu'au cours de nos recherches portant sur 68 années, nous n'en avons recueilli que 71 observations.

Elles sont graves : presque absolument fatales, si l'on n'intervient pas rapidement, car elles résultent de l'association de deux affections, dont le pronostic immédiat est également sévère.

Elles sont d'un diagnostic difficile parce qu'elles peuvent simuler tous les syndromes abdominaux graves.

Dans de nombreux cas, l'occlusion masque complètement les signes de gravidité tubaire, oriente vers une autre cause et égare le diagnostic qui n'est fait, bien souvent, qu'à l'intervention.

Elles relèvent uniquement d'un traitement chirurgical qui, seul, est susceptible de faire cesser les phénomènes occlusifs, en en supprimant la cause.

Il est en effet remarquable de voir, dans la majorité des cas, des occlusions graves, donnant lieu à des signes alarmants, céder par la seule évacuation d'une hématocele, ou par la simple extirpation d'un kyste fœtal, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir sur l'intestin.

C'est au hasard de la clinique que nous devons le sujet de cette thèse. Au cours de notre dernière année d'Internat, il nous a été donné d'observer un cas extrêmement intéressant de grossesse ectopique à forme occlusive, qui constitue le point de départ de cette étude.

Qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à notre Maître, Monsieur le Professeur BASSET, qui a accepté de nous guider et de nous aider de ses précieux conseils au cours de l'élaboration de ce travail.

Nous devons aussi remercier Monsieur le Professeur LANTUEJOUL de son accueil bienveillant ainsi que des indications utiles qu'il a bien voulu nous donner.

Monsieur le Docteur CHOME, dont l'appui sympathique ne nous a jamais fait défaut ;

Mademoiselle le Docteur ROUDINESCO ;

Mademoiselle le Docteur PAPAIOANNOU ;

MM. les docteurs A. LUBETZKI, J. AMIOT, J. MEZARD, et J. JOMAIN, qui nous ont apporté leur concours dans la traduction d'observations étrangères ;

Nos Collègues J. ROUSSET, R. LEROY, qui nous ont communiqué des observations inédites.

HISTORIQUE

Les formes occlusives des grossesses extra utérines, connues depuis longtemps, ont été fort peu étudiées.

La première observation, rencontrée dans la littérature, est publiée par Pletzer en 1866.

Cet auteur rapporte le cas d'un lithopédion ayant provoqué une occlusion intestinale mortelle.

A la fin du siècle dernier, les classiques indiquent ce mode de terminaison de l'hématocèle, sans en faire ressortir l'intérêt clinique et pathogénique.

Second signale que l'hématocèle ancienne peut entraîner la formation de brides étranglant l'intestin.

Pozzi constate que les intestins agglutinés peuvent adhérer à la poche hématocélique, cette compression déterminant des signes d'étranglement interne.

Maygrier dans sa thèse d'Agrégation en 1886 cite l'occlusion intestinale entre autres terminaisons de la grossesse extra utérine,

Il faut arriver à 1899 où la thèse de Jacquet de Lyon nous offre une première vue d'ensemble sur la question.

Il étudie l'occlusion au cours de l'hématocèle, dont il a recueilli neuf observations ; le trop petit nombre des cas relatés ne permet pas à cet auteur d'arriver à des conclusions définitives sur ce sujet.

En 1902 au cours d'une étude générale sur l'Occlusion Intestinale de la puerpéralité, **Gauchery** à côté du nombre important d'observations d'occlusion au cours de la grossesse utérine, rapporte 12 cas, dont 7 nouveaux, de gestation extra utérine avec obstruction intestinale.

Le premier, il attire l'attention sur ce fait qu'il y a des grossesses ectopiques qui simulent, et d'autres qui se compliquent d'occlusion, et met en évidence ces deux formes bien distinctes au point de vue pathogénique : le pseudo-iléus et l'occlusion vraie.

C'est vers la même époque, à la Société d'Obstétrique, que **Pinard**, au cours d'une discussion au sujet d'une observation démonstrative, rapportée par **Richelot** et **Lepage**, pose en principe que l'occlusion intestinale, survenant chez la femme jeune, doit faire penser à la grossesse extra-utérine.

La thèse de **Bezancon** de Nancy en 1905 ne contribue pas à élargir les connaissances. Il reprend les conclusions de **Jacquet** au point de vue pathogénique, clinique et thérapeutique et enrichit la littérature de nouvelles observations.

En 1921, **Renan** insiste sur la difficulté du diagnostic de ces formes.

« Dans ce chaos, tous les diagnostics sont possibles » écrit-il. Il invoque la paralysie du tractus intestinal dans le mécanisme de l'iléus au cours des hémorragies intrapéritonéales.

Mondor, en 1932, dans un très beau travail sur les diagnostics urgents, étudie particulièrement la forme pseudo occlusive.

Mais c'est à l'école de M. le Professeur Brindeau, que nous devons à l'heure actuelle la mise au point définitive de la question.

Elle est seule, à notre connaissance, à avoir étudié cet intéressant problème sous ces multiples aspects.

Lantuéjoul, en particulier, dans sa leçon d'agrégation sur l'occlusion intestinale au cours de la gestation, réserve une très large part à la grossesse extra-utérine. Il insiste surtout sur les formes à poussées successives, liées aux crises de fissuration tubaire, si intéressantes par leur pathogénie, leur aspect clinique et la difficulté de leur diagnostic.

PATHOGENIE

Le mécanisme de l'occlusion au cours de la grossesse extra-utérine doit être envisagé à toutes les phases de son évolution.

Il est bien évident que l'obstruction intestinale due aux hémorragies intra péritonéales de la rupture et de l'avortement tubaires, reconnaît un mécanisme différent de celle provoquée par les kystes fœtaux des grossesses avancées, ou les lithopédions.

A : MECANISME DE L'OCCLUSION AU COURS DES HEMORRAGIES INTERNES, INONDATION PERITONEALE ou HEMATOCELE RECENTE.

Deux théories sont invoquées : la compression et l'inhibition.

La compression massive de l'intestin par la brusque irruption de sang dans la cavité péritonéale a été incriminée par **Bezançon, Gauchery, Jacquet, Carle** et l'Ecole Lyonnaise au début de ce siècle. Nous ne pensons pas qu'elle rallie encore beaucoup de défenseurs actuellement.

Il est en effet difficile d'admettre qu'une quantité relativement minime de sang liquide épanché (dépassant rarement 2 litres) puisse arriver à comprimer l'intestin au point de l'occlure, quand des épanchements ascitiques, 5 et

10 fois plus considérables, ne se compliquent pas d'occlusion. La compression par caillots récents de consistance molle n'est également pas admissible.

Ce n'est donc pas par compression qu'agissent les inondations péritonéales et les hématoécèles jeunes. Elles entraînent un iléus dynamique : paralysie intestinale dans la grande majorité des cas, spasme exceptionnellement.

a) La paralysie intestinale peut être déclanchée par deux processus différents mais qui en réalité s'associent.

1° Action directe du sang au contact de la séreuse.

Le sang extravasé subit des altérations biochimiques extrêmement rapides, qui irritent la séreuse péritonéale située à son contact. L'irritation de la séreuse entraîne une paralysie de la musculature (Loi de Stokes).

2° Processus réflexe.

Le sang épanché déclanche, par excitation des terminaisons sensibles du sympathique, une inhibition intestinale d'origine médullaire.

Donc, dans les deux cas, le point de départ est local (sang extravasé et altéré).

Dans le premier cas, l'action est directe et locale.

Dans le deuxième cas, l'action est indirecte, d'origine réflexe.

La paralysie intestinale n'est pas forcément totale d'emblée, elle peut n'être que segmentaire, du moins au début, et se généraliser ensuite.

La musculature paralysée est incapable de faire progresser le contenu intestinal ; au cours de cette stagnation, des fermentations se produisent et entraînent la for-

mation de gaz ; l'intestin frappé d'inertie se laisse distendre : c'est l'origine du météorisme.

b) Le spasme intestinal est exceptionnel, nous ne l'avons rencontré qu'une fois au cours de nos recherches.

Sa pathogénie relève avant tout d'un processus réflexe ; il ne nous semble guère possible, en effet, d'expliquer son déclenchement par une action directe.

Rien ne prouve d'ailleurs que paralysie et spasme ne s'intriquent pas dans le mécanisme du pseudo iléus, mais le spasme intestinal, d'une part, est un phénomène passager ; d'autre part, nous savons qu'il cède sans difficulté, surtout chez les malades saignées, à l'anesthésie générale (chloroformisation en particulier).

Nous nous expliquons ainsi pourquoi il n'a pas été plus souvent observé au cours de l'acte opératoire.

En faveur de la prédominance de la paralysie sur le spasme ne pouvons-nous pas invoquer l'état de gravidité dans lequel se trouvent les malades.

Il s'agit en effet de femmes enceintes, au début d'une grossesse, par conséquent présentant, au maximum, un état d'hyperexcitabilité sympathique, qui prédispose fortement à l'inhibition.

Mais au cours de l'occlusion paralytique, l'élément mécanique peut s'introduire et devenir de plus en plus important.

La tendance aux coudures du segment paralysé est un fait sur lequel Gueneau de Mussy a, le premier, attiré l'attention.

« L'interposition d'une anse inerte, de longueur variable, qui s'infléchit et qui se courbe à ses deux extré-

mités, forme un véritable barrage à la circulation intestinale. » (Lejars).

L'anse paralysée isole entre deux plicatures un segment clos, qui suffit à arrêter la progression des matières.

Les coudures augmentent la distention gazeuse, la distention augmente les coudures : c'est un cercle vicieux.

Si la paralysie est totale, l'intestin est incapable de lutter contre cet obstacle, qui, bien que peu important, suffit à entraîner les mêmes signes graves et la même évolution fatale que les étranglements intestinaux les plus serrés.

L'iléus, primitivement paralytique, devient mécanique.

Mais si la paralysie n'est que segmentaire, les contractions péristaltiques de l'anse sus-jacente peuvent faire céder la coudure et provoquer l'issue de gaz du segment sain dans le segment inerte. Que les gaz viennent à passer et les signes d'occlusion cessent. Ce phénomène est souvent observé pendant l'intervention, au cours des manœuvres opératoires, la malaxation des intestins suffisant à faire disparaître les plicatures et à rétablir le transit intestinal.

En résumé, les hémorragies des grossesses tubaires peuvent entraîner l'occlusion intestinale, non par compression, mais par paralysie, exceptionnellement par spasme.

Ce pseudo iléus peut se transformer en occlusion mécanique par formation de coudures qui créent un véritable obstacle sur le trajet intestinal.

Nous n'avons rencontré qu'un seul cas où l'hémorragie ait été la cause d'un iléus mécanique. La masse sanguine, en exerçant sa pression sur les anses grêles, les

fit pénétrer dans un anneau péritonéal, où elles s'étranglèrent. (Observation de Irk.)

En dehors de la rupture et de l'avortement tubaire, il est un mode d'évolution des grossesses extra utérines extrêmement rare et de connaissance récente : nous voulons parler de la torsion des trompes gravides ; elle s'accompagne fréquemment d'un syndrome pseudo-occlusif :

— **Lorsqu'elle est suivie de rupture de la trompe**, c'est l'hémorragie qui déclanche l'occlusion.

— **Lorsqu'elle n'entraîne pas la rupture tubaire** le mécanisme de l'occlusion est très discuté. Elle peut être due à une paralysie ou un spasme, relevant d'un processus réflexe.

Pour certains auteurs (Legueu) elle se déclanche par l'infection et la péritonite à évolution rapide, développée au contact d'une trompe déjà septique, ou qui ne demande qu'à le devenir, par brusque privation de sa circulation (les accidents occlusifs sont plus fréquents dans les torsions des trompes infectées que dans celles des trompes saines).

Pour Hartmann, au contraire, les signes de péritonisme s'expliquent en dehors de toute septicité. Cet auteur a prouvé que lorsqu'on observait une réaction de la séreuse, elle était aseptique (Regad).

Nous avons pu en recueillir 2 observations :

— l'une avec rupture (Charbonnel et Favreau) ;

— l'autre sans rupture et sans interruption de la grossesse (Popper).

B : MECANISME DE L'OCCLUSION au cours des HEMATOCELES ANCIENNES.

Tout autre est le mécanisme de l'occlusion dans ces formes, il s'agit en général d'occlusion vraie.

a) **Les hématoécès peuvent en s'organisant entraîner** la formation de néomembranes fibrineuses, de brides et d'adhérences fibreuses, qui sont à l'origine de coudures adhérentes, d'agglutination d'anses, d'étranglement intestinal.

Il n'existe initialement qu'une simple adhérence entre les brides et l'intestin ; plus tard, la bride se rétractant, entraîne la coudure et l'occlusion.

Tarel, au Congrès de chirurgie de 1913, a bien insisté sur la tendance des brides à la rétraction dans le mécanisme de la coudure. C'est cette rétraction qui aboutit également à l'agglutination des anses et à l'étranglement intestinal.

La belle observation publiée par Max Jordan en 1896 offre un cas d'occlusion dûe à ces diverses causes : agglomération d'anses, coudures adhérentes et étranglements multiples par brides, reliquat d'une hématoécè organisée.

Les étranglements par brides fibrineuses peuvent porter sur le grêle (Beck, Max Jordan, Silverstone) le gros intestin (Magnin) ou sur l'un et l'autre (Behier).

Nous rapportons un cas où la présence d'adhérences fibreuses a été à l'origine d'un volvulus du grêle (Cattell).

b) **Les hématoécès peuvent encore déterminer l'occlusion lorsqu'elles s'enkystent** et cela par divers mécanismes ;

— agglutination des anses grêles, qui viennent coiffer la partie supérieure du kyste sanguin et contribuent à sa formation (Prengrueber, Carle, Marsh, Gross).

Elles jouent là un rôle protecteur, se portant au devant

de l'hémorragie et lui offrant un véritable barrage. C'est grâce à l'intestin que les hématoécèles s'enkystent.

— compression de l'intestin et en particulier du rectum. Sur 9 cas de compression rectale, 3 sont imputables aux poches hématoécéliques (Chevalier, Gross et Leroux) ;

— association de ces deux mécanismes (observée 1 fois Gross) ;

— signalons enfin le rétrécissement du rectum par hématoécèle enkystée dans le ligament large et déterminant une constriction péri rectale annulaire (Tait).

c) Les hématoécèles peuvent s'infecter.

— L'infection reconnaît : soit une origine endogène (fièvre typhoïde. Observation d'Arnould) : soit une origine exogène : (tentatives d'avortement. Observation de Boppe et Rouffart) ;

L'occlusion peut être due alors :

— soit à la paralysie intestinale relevant de la pelvi-péritonite concommittante ;

— soit à la constriction annulaire du rectum, par formation d'une gangue péri rectale progressive (Arnould et Benham).

Dans le cas de Boppe et Rouffart, la collection suppurée s'ouvrit dans le rectum, entraînant par là la coudure des anses grèles adhérentes aux parois de la poche hématoécèlique.

c) Mécanisme de l'Occlusion en dehors des grands accidents hémorragiques.

a° La Trompe gravidique non rompue peut déterminer :

1° l'occlusion paralytique.

Les petites poussées de **fissuration tubaire** avec suintement sanguin minime, déclanchement, par irritation péritonéale, une inertie intestinale ;

2° L'occlusion mécanique,

Par adhérence avec le grêle et formation de **coudures**. A l'occasion de ces mêmes fissurations, l'intestin, imitant en cela l'épiploon, se porte au contact de la trompe gravide et, en lui adhérant, tend à empêcher l'écoulement sanguin (Observations de Hanak et Descomps).

Ce rôle de défense est surtout évident au cours des hématoécès, ainsi que nous l'avons déjà signalé.

Par compresion :

— du grêle entre le sac extra utérin et le rebord pelvien (Walton Martin) ;

— Du sigmoïde, par un sac prolabé dans le Douglas (Giles) ;

— Du rectum, par enclavement du sac dans la cavité pelvienne (Segond).

a) Les kystes fœtaux des grossesses péritonéales avancées peuvent déclencher l'occlusion :

1° Soit par infection de leur contenu (Sourasky) ;

2° Soit par péritonite concommittante (Robiolis) ;

3° Soit surtout par compression du gros intestin.

Toutes ces grossesses ont atteint ou dépassé 5 mois.

Le kyste est volumineux, enchassé dans le pelvis et comprime le rectum et le colon contre sa paroi osseuse.

Nous rapportons huit cas de compression par kyste fœtal :

— 5 fois, il s'agit de compression rectale par des

kystes de 5 à 6 mois (Voituriez, Robertson, Edis, Pratt, Schwartz) ;

— 3 fois, il s'agit de compression colique : (Observation personnelle, Lazarevic, Vianna) au cours des grossesses de 6 mois, 7 mois et 11 mois ;

4° Exceptionnellement, par étranglement de l'intestin dans un orifice de la paroi kystique. (Notta.)

Nous n'avons pas rencontré d'occlusion due à la compression du gros intestin par les parties fœtales d'un fœtus libre dans la cavité abdominale ; mécanisme ayant été signalé par Kemkès, au cours d'une grossesse de 6 mois. Après rupture utérine, le fœtus, devenu abdominal, comprimait l'angle hépatique du colon.

Enfin, nous devons citer comme exceptionnel un curieux mécanisme, sans doute unique dans la littérature.

L'observation est rapportée par Bouzol :

Il s'agit d'une grossesse péritonéale, le fœtus arrive à terme et s'élimine par l'abdomen, en même temps que l'intestin s'étrangle dans l'orifice abdominal d'évacuation.

c) Les Lithopédions entraînent l'occlusion.

— par compression du grêle, dont nous rapportons 2 observations ;

— le cas de Smith où le lithopédion bien toléré pendant 15 ans, provoque une occlusion aiguë de l'iléon, qui est comprimé étroitement par le membre inférieur droit du fœtus, à quelques centimètres du coecum.

— le cas de Pletzer, où la rétention dure 14 mois, entraînant une occlusion chronique, à poussées successives et aboutissant à la mort par étranglement aigu de l'iléon

comprimé, à peu de distance du cœcum, par le foetus califié.

— **Par péritonite concommittante** (Cas de Villard et d'Ættinger).

EN RESUME

Deux grandes formes sont à retenir au point de vue pathogénique :

— le **pseudo iléus** qui est le plus fréquemment rencontré, car il est l'apanage des grossesses jeunes.

Il peut être déclenché :

— par les hémorragies des ruptures et avortements tubaires (26 cas) ;

— par l'infection (7 cas) : des hématocèles (3 cas), des kystes fœtaux (1 cas), et les péronites, compliquant toutes les formes des grossesses extra utérines (3 cas) ;

— par les torsions des trompes gravides beaucoup plus rarement (2 cas).

Il relève :

— presque toujours de la paralysie intestinale ;

— Exceptionnellement : du spasme.

— **L'iléus vrai** qui complique surtout les grossesses avancées.

Il est dû à de multiples causes, qui sont par ordre de fréquence :

Les compressions (16 cas) :

— du rectum (9 cas) ;

— du sigmoïde (3 cas) ;

— du colon descendant (1 cas).

par les hématocèles enkystées, les gros kystes fœtaux, les sacs tubaires incarcérés dans le Douglas.

— du grêle (3 cas), par la trompe gravide (1 cas),
et les lithopédions (2 cas).

Les étranglements (9 cas) :

— par brides reliquat d'hématocèles organisées (5 cas) ;

— par anse intestinale adhérente (1 cas) ;

— par anneau péritonéal (1 cas) ;

— par orifice du kyste fœtal (1 cas) ;

— par orifice de la paroi abdominale (1 cas).

Les agglutinations d'anses (5 cas) formant le toit des
hématocèles enkystées.

Les coudures (4 cas) :

— non adhérentes (1 cas) ;

— adhérentes au sac fœtal (3 cas).

Les constriction annulaires peri rectales (3 cas) par :

— Hématocèle intraligamentaire (1 cas) ;

— ou hématocèles suppurées (2 cas) ;

réalisant un véritable rétrécissement du rectum.

Les torsions (2 cas) :

— volvulus du grêle autour d'une bride (1 cas) ;

— torsion du grêle autour d'une corde épiploïque (1 cas).

Le volvulus du gros intestin qu'on a parfois signalé
au cours de la grossesse normale, n'a jamais été observé
au cours de la grossesse ectopique.

Ces différents mécanismes peuvent s'associer dans la
production de l'occlusion chez une même malade (Max
Jordan, Gross, Voituriez).

En outre, pseudo iléus et occlusion vraie peuvent se
succéder et donner des formes mixtes :

— telle paralysie intestinale pourra, par formation de coudures, aboutir, secondairement, à l'iléus vrai ;

— telle occlusion mécanique entraînera l'inertie de l'intestin forcé, épuisé, par la lutte contre l'obstacle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes les formes anatomiques de grossesse extra utérine sont susceptibles de se compliquer d'occlusion.

Les grossesses interstitielles, isthmiques, ampullaires, infundibulaires, ovariennes, les grossesses abdominales, qu'elles soient primitives ou secondaires à un avortement ou une rupture, les grossesses intra-ligamentaires, les lithopédiions.

RAPPORTS DE L'INTESTIN AVEC LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

1° L'intestin peut ne présenter aucun rapport avec la trompe gravidique :

-- Dans les formes hémorragiques (inondation péritonéale et hématoecèle) il est en contact direct avec le sang liquide où les caillots récents, qui peuvent lui adhérer lâchement. Dans ces cas, on ne trouve aucun obstacle mécanique ; l'occlusion n'a pas de cause anatomique apparente.

2° L'intestin présente des rapports directs avec la grossesse ectopique :

— Soit par adhérence du grêle avec le sac tubaire ou le kyste fœtal. Adhérences qui se font à la faveur de petites hémorragies peu importantes et discontinues, permettant

au sang de se coaguler, et sont toujours situées au niveau du point qui saigne.

Parfois, il y a véritable incarceration de l'anse intestinale dans la paroi kystique (observation personnelle) ;

Soit par étranglement : l'anse intestinale s'engageant et s'étranglant dans un orifice du kyste fœtal. (Notta.)

— Soit par compression : l'intestin est comprimé contre les parois osseuses du pelvis par le sac fœtal, la trompe gravide ou un fœtus abdominal libre (lithopédion).

C'est sur tout le rectum et le colon sigmoïde qui subissent cette compression ;

3° L'intestin présente des rapports indirects avec la grossesse extra utérine par l'intermédiaire :

— d'une hématocele qu'il contribue à enkyster ;

— de brides fibrineuses, ou d'adhérences fibreuses, reliquat d'un épanchement sanguin ancien.

LES LÉSIONS INTESTINALES

Dans les pseudo occlusions, la paralysie atteint en général la totalité de l'intestin.

Les anses sont distendues et font hernie à travers le champ opératoire. Elles sont amincies et très vascularisées, cette vaso dilatation étant en rapport avec l'excitation du sympathique au même titre que l'inertie intestinale.

On observe parfois des coudures siégeant sur le grêle ou sur le gros intestin (Desgouttes) sans altération de la paroi à leur niveau.

Le spasme exceptionnellement observé (Voituriez)

peut porter sur le grêle et sur le colon, dont il réduit considérablement la lumière.

Les anses sus jacentes sont très dilatées, les anses sous jacentes aplaties.

Dans les occlusions vraies : les coudures, mêmes adhérentes, entraînent rarement des lésions intestinales graves ; elles sont impuissantes à créer l'ischémie ou le sphacèle, puisque l'irrigation de l'intestin se fait par des vaisseaux qui, l'abordent perpendiculairement. Tout au plus entraînent-elles des suffusions hémorragiques de la paroi. (Hoffstatter.)

Dans un seul cas, l'anse coudée fut trouvée douteuse et extériorisée pour un anus iliaque éventuel (Descomps).

Les anses agglutinées sont extrêmement friables, elles ont pu être lésées au cours de l'intervention où les essais de libération ont entraîné des déchirures (Marsh), des désinsertions mésentériques obligeant à des résurections intestinales (Carle).

L'étranglement intestinal par brides, ou orifice préformé, est en général peu serré. L'anse en amont est distendue, l'anse en aval aplatie ; au niveau même de l'étranglement, les tuniques intestinales ne subissent pas d'altérations très marquées. Ces altérations n'obligent pas à des interventions sur l'intestin. Pourtant, dans le cas de Muller et Oberling, l'agent d'étranglement étant constitué par une anse grêle formant bride et adhérent au sac d'une grosseur isthmique, les modifications intestinales entraînèrent une résection.

L'examen histologique montra une réaction inflam-

matoire de la séreuse et de la sous-séreuse, avec présence de nombreuses cellules déciduales à ce niveau.

Dans un cas de volvulus rapporté par Cattell de Philadelphie, l'anse tordue apparaît dilatée, irritée, turgescence, mais non gangrenée ; le sphacèle n'a jamais été rencontré au cours de ces étranglements. Dans l'observation de Magnin le rectum présente un étranglement circulaire par bride cicatricielle. A 1 centimètre au-dessus de cet étranglement, on constate une perforation récente à bords circulaires nets.

Dans les cas de compression, l'intestin est beaucoup plus altéré.

Pletzer, en 1866, rapporte la première observation de grossesse extra utérine à forme occlusive.

Il s'agit d'une compression de l'iléon par le membre inférieur d'un lithopédion. Au niveau de la compression, à peu de distance du cœcum, on trouve une perforation.

Dans le cas de Smith (compression par lithopédion), l'iléon comprimé, quoique considérablement endommagé, paraît viable.

Dans le cas d'Edis, la compression du rectum par un gros kyste fœtal de 5 mois entraîne une perforation rectale au niveau de l'adhérence.

Enfin, dans le cas de Pratt, le kyste fœtal, adhérent au rectum, détermine une fistule vagino kystique, au niveau de cette adhérence.

Dans les compressions, comme dans les étranglements, on constate une dilatation très marquée du segment intestinal, sus-jacent à l'obstacle et un aplatissement du segment sous jacent.

L'obstacle levé par l'acte opératoire, les gaz passent et le calibre redevient normal. (Beck et Walton Martin).

Dans les constrictions annulaires, amenant progressivement un rétrécissement du rectum (suppuration d'une hématocele ou épanchement sanguin intra ligamentaire) le rétrécissement siège à quelques centimètres au-dessus de l'orifice anal (4 cm dans le cas de Benham) (8 cm dans le cas d'Arnould) il est très serré, n'admet pas la pulpe du doigt, et ne se laisse pas dilater par la sonde. La gangue péri rectale est extrêmement épaisse, sa décortication est difficile et laborieuse, car il n'existe aucun plan de clivage qui en permette l'isolement.

Le rectum est noyé dans une masse constituée par un feutrage très serré, parsemé de géodes remplies de pus (Arnould).

Telles sont les lésions signalées au cours de nos observations, elles portent avec une égale fréquence sur le rectum, sur le colon, sur le grêle.

LES LESIONS MESENTERIQUES

Le mésentère est lui aussi atteint ; il pend inerte et semble allongé. Cette flaccidité et cet allongement, ainsi que nous l'avons déjà vu, peut provoquer une entéro-ptose à l'origine de coudures. En outre, ils expliquent la facilité avec laquelle les anses paralysées s'éviscèrent à l'ouverture du péritoine.

LES LESIONS EPILOIQUES

L'épiploon, au cours de l'évolution des grossesses ex-

tra utérines, joue un rôle de défense sur lequel a bien insisté Viana de Verone :

« Les adhérences épiploïques, dit-il, ne peuvent s'établir que dans les grossesses ectopiques à évolution lente, à symptomatologie latente ; elles n'ont pas le temps de se développer dans les formes cataclysmiques où elles font nécessairement défaut. Elles se rencontrent le plus fréquemment dans l'avortement tubaire, qui ne donne pas de graves hémorragies immédiates et dans certains cas de rupture de la trompe, en particulier au niveau de l'ampoule, qui s'accompagne de suintement sanguin peu important. En d'autres termes, les adhérences épiploïques sont capables de modifier l'allure de certaines grossesses tubaires en transformant le tableau de la rupture, en celui de l'avortement. »

C'est dans ces cas de fissuration tubaire que l'épiloön se porte vers le point qui saigne et vient recouvrir la solution de continuité.

Dans d'autres cas, il coopère à l'enkystement d'une hématoçèle et forme, avec les anses intestinales agglutinées, la limite supérieure de l'épanchement sanguin, opposant à l'hémorragie un véritable barrage (cas de Descomps).

L'épiloön est souvent de coloration bleuâtre (Behier) Il atteint la cavité pelvienne, adhère à l'utérus, au pubis, aux organes contenus dans le petit bassin (Leroux Irk).

Il peut contracter des adhérences avec le sac fœtal d'une grossesse tubaire (Notta Irk) avec le kyste d'une grossesse péritonéale (Lazarevic, Voituriez) avec un lithopédion autour duquel il vient s'enrouler (Cettinger, Vil-

lard, Smith) avec la masse placentaire, rendant son extraction difficile et dangereuse (Robiolis, Silverstone).

Dans le cas de Hanak, on l'a vu adhérer à une cicatrice tubaire ancienne, reliquat d'intervention pour grossesse extra utérine survenue dans la même trompe 4 ans auparavant.

Ces adhérences sont parfois lâches et faciles à libérer (Horrenberger) parfois solides, nécessitant la section entre deux ligatures (Voituriez, Villard, Robiolis, Stocker)

Le grand épiploon peut constituer un agent d'étranglement.

La très curieuse observation de Max Jordan mentionne un cas d'étranglement intestinal par un appendice épiploïque situé ainsi que la trompe grvide dans une hernie inguinale.

Dans le cas de Viana, l'anse grêle s'étant enroulée autour d'une bride épiploïque.

LESIONS PERITONEALES

Si le péritoine ne présente aucune lésion anatomique apparente dans les accidents hémorragiques récents, il n'en est pas de même au cours des grossesses avancées.

Il crée des adhérences qui unissent les anses intestinales entre elles (Fletzer).

Il contribue à enkyster le produit de conception devenu secondairement abdominal et forme, avec les membranes de l'œuf, les parois du kyste foetal des grossesses péritonéales.

Les parois de ce kyste sont souvent très épaisses, sillonnées de grosses veines dilatées.

Leur épaisseur atteint parfois 1 cm ; véritable coque fibreuse, criant sous le scalpel, formée par le péritoine épaissi.

Quelquefois, au contraire, les parois sont si minces qu'elles paraissent se résoudre aux seules membranes de l'œuf.

On perçoit au travers d'elles les mouvements actifs du fœtus (Voituriez, Beck, Lazarevic) et les bruits du cœur fœtal peuvent être entendus à l'aide du stéthoscope (Voituriez).

La situation du kyste est le plus souvent latérale. Dans certains cas cependant elle est exactement médiane, le kyste simulant un utérus gravide.

Le kyste peut contenir le placenta fixé à ses parois.

Les autres lésions péritonéales sont variables.

On a signalé la présence de sérosité sérosanguinolente, peu considérable, et survenant en dehors de toute hémorragie interne.

Parfois, c'est un véritable liquide ascitique, mais de moyenne abondance.

La séreuse prend dans certains cas une teinte uniformément noirâtre ou ardoisée ; cette coloration gris-bleu pouvant s'étendre aux parois des anses intestinales (Giles, Béhier, Horrenberger).

Sur le péritoine on note encore la présence d'enduit sébacé en certains points, de plaques dépolies en d'autres (Robiolis, Voituriez).

LESIONS DES ANNEXES GRAVIDES

La trompe. — La grossesse peut être isthmique, interstitielle, ampullaire, infundibulaire.
terstitielle, ampullaire.

— La trompe peut avoir été déjà le siège d'une première grossesse extra utérine opérée, la seconde survenant du même côté (Hanak).

— La trompe peut être : **rompue, fissurée tordue.**

La rupture peut être totale (trompe coupée en deux) (Irk) ou partielle.

La torsion donne à la trompe un aspect noirâtre, truffé. Dans le cas de Popper, le segment distal, extrêmement dilaté avait fait un tour de 360 degrés dans le sens des aiguilles d'une montre. Cette torsion n'avait pas interrompu l'évolution de la grossesse.

Dans le cas de Charbonnel et Favreau, la torsion entraîna une rupture de la trompe à sa partie inférieure.

La trompe peut ne pas être rompue, dans ce cas, l'hémorragie peut être due à un avortement tubaire, ou à une usure progressive de la trompe due au pouvoir érosif des villosités choriales (perforation miliaire) (Observation de Muller et Oberlin).

— La trompe est souvent le siège d'inflammation chronique antérieure (Arnould). Elle peut par adhérences contribuer à former les parois de la poche hémato-célique (Gross) ; elle peut être prolabée dans une hernie (Max Jordan).

L'ovaire peut être le siège de la grossesse (Wheeler) il est souvent petit, aplati entre l'utérus et le sac tubaire

(Kreiss), parsemé de taches hémorragiques (Busulenga) ou scléro kystique (Malherbe), avec dégénérescence calcaire (Celos).

Dans les cas de Marsh et Charbonnel, il y avait un véritable kyste de l'ovaire, de dimensions importantes.

Le ligament large peut présenter des kystes (Busulenga Max Jordan). Il peut contenir : l'hématocèle (Tait), le kyste fœtal (Observation personnelle), la tête d'un lithopédion (Smith).

Enfin, l'œuf peut se greffer sur ses parois dans les cas de grossesse abdominale primitive (Desgouttes).

LESIONS DES ANNEXES OPPOSEES

Elles ont été signalées 11 fois.

— La trompe peut contenir un fœtus mort et macéré (Sourasky). (Grossesse extra-utérine bi-latérale). Elle peut être le siège d'un hémato-salpinx (Gilles), d'un hydro-salpinxtordu (Baudron) ou non.

Les lésions de salpingo ovarite chronique sont fréquentes.

— L'ovaire présente surtout des lésions scléro kystiques : kystes hématiques (Lieutaud), gros kystes multiples (Baudron), petits kystes de volume restreint (Aguiet, Hanak), sclérose réduisant l'ovaire à de petites dimensions. (Busulenga).

Enfin, la grossesse peut-être purement abdominale, les trompes et les ovaires paraissant sains (Desgouttes).

LESIONS DE L'UTERUS

L'utérus a parfois un aspect normal. Le plus souvent, il est augmenté de volume (Busulenga, Pletzer, Leroux, Giles et Kreiss).

Il est souvent refoulé latéralement par le sac tubaire (Giles et Kreiss) ou repoussé en avant contre la symphyse et la vessie qu'il comprime.

Parfois il est trop rétrofléchi (Hanak), ou prolabé (Robiolis).

On n'a pas signalé de lésions fibromateuses.

La muqueuse utérine est turgescence et la cavité remplie de caillots. (Giles.)

LESIONS DES ORGANES VOISINS

La vessie peut être comprimée contre le pubis par l'intermédiaire de l'utérus, plus rarement par un kyste fœtal.

Elle est parfois déviée et attirée vers le haut (Kreiss).

Un gros kyste foetal peut entraîner une compression massive de l'arbre urinaire. Dans le cas de Leroux, l'uretère et le bassinnet du côté droit avaient triplé de volume et les lésions rénales étaient responsables de la mort.

Nous signalerons enfin le rôle des cicatrices et adhérences dues à des interventions antérieures ou à des supurations anciennes dans le mécanisme de certaines occlusions.

(Observation de Max Jordan.)

OBSERVATIONS

CCCLUSIONS AIGUES

I. PSEUDO-OCCLUSIONS

Observation I. — INONDATION PERITONEALE S'ACCOMPAGNANT DE SIGNES D'ILEUS PARALYTIQUE MONDOR

J'ai été appelé une nuit à l'hôpital de la Charité, par un interne, qui croyait à une occlusion intestinale, chez une malade présentant un ballonnement tympanique notable, des vomissements fréquents, peu de signes d'anémie aigue, arrêt des selles et des gaz.

L'erreur était naturelle. Je fis cependant le bon diagnostic d'inondation péritonéale par le toucher, le cri du Douglas et tout de même à cause de l'état du pouls qui fléchissait au moindre mouvement de la malade.

Je trouvai des signes d'épanchement liquide libre dans les fosses iliaques et au niveau du Douglas. Cela m'aïda à reprendre toute l'histoire et à découvrir l'irrégularité menstruelle initiale.

J'opérai cette malade, qui avait beaucoup de sang dans le bas-ventre et au-dessus des anses intestinales très distendues.

C'était une dilatation d'occlusion paralytique.

**Observation 2. — UN CAS D'AVORTEMENT TUBAIRE
SIMULANT UNE OCCLUSION INTESTINALE
L. TRANCHIDA**

Voici un cas de grossesse extra utérine avec avortement et inondation péritonale, reconnu seulement sur la table d'opération, une fois l'acte opératoire accompli, parce qu'ayant donné lieu par ses symptômes à une erreur de diagnostic.

Je crois être utile à la pratique clinique en le publiant.

C. V., 36 ans, paysanne.

Rien dans les antécédents.

Réglée à 13 ans, toujours normalement;

8 grossesses, dont 6 à terme.

2 avortements de 2 et 3 mos:

Dernière grossesse à terme en 1926 ;

Accouchement le 2 janvier 1927.

De novembre 1927 jusqu'au 12 septembre 1928, les règles deviennent irrégulières, sans que la maladie présente, pendant cette période, aucun trouble d'ordre gravidique.

Le 12 septembre, dans la nuit, en pleine santé, la malade est prise de violentes douleurs dans la région sus-ombilicenne et de vomissements.

Le 13 septembre, appelé d'urgence auprès de la malade, j'ai pu observer le tableau clinique suivant :

Femme à développement squelettique normal avec panicule adipeux discret;

Pâleur cireuse du faciès;

Yeux cernés et regard fixe;

Respiration anxieuse, mais pas de dyspnée;

Poids 120-130.

Vive agitation, mais psychisme normal;

Température 36; poumons normaux;

Cœur sain, mais rythme cardiaque désordonné; l'abdomen est tendu avec résonnance tympanique élevée sur toute son étendue, il est difficile de délimiter les zones hépatiques et spléniques.

Il n'existe pas de crépitation sanguine sous la cicatrice ombilicale.

De même qu'on ne note pas de coloration bleuâtre de l'ombilic.

Dans les deux quadrants inférieurs de l'abdomen, il existe de fortes douleurs spontanées, ou provoquées par la palpation.

Organes génitaux de multipare, sans sécrétion leucorrhéique ni émission de sang.

A l'exploration digitale, les culs de sac semblent libres; le col est intact, de consistance charnue.

Le corps utérin n'est pas augmenté de volume, il est sur la ligne médiane et peu mobile.

Etant donné la douleur qu'on provoque par l'examen bimanuel, on ne peut palper les annexes.

Comme il y a rétention d'urine, on pratique le catétérisme vésical.

Urine - densité basse 1008.

Aucune trace d'albumine avec le réactif d'Esbach.

Constipation - lavements. Ceux-ci, bien qu'ils aient un excellent effet, ne réussissent pas à faire diminuer le volume de l'abdomen.

Sonde rectale en permanence.

Pour calmer la douleur, morphine.

Pour relever l'état de dépression cardiaque, on donne des cardiotoniques.

Etant donné le tableau clinique grave et une symptomatologie presque exclusivement abdominale, on fait le diagnostic d'occlusion intestinale probable et on décide l'hospitalisation immédiate.

Le 15 septembre, à l'hôpital, la malade évacue spontanément une selle, mais l'abdomen reste ballonné et douloureux, vomissements incessants, pouls petit 170, état général bas.

Le 16 septembre, intervention (Professeur Masci).

Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale.

A peine le péritoine est-il ouvert qu'il sort de la cavité abdominale une quantité abondante de sang liquide.

Les anses intestinales sont fortement distendues.

L'exploration des organes génitaux internes permet de reconnaître l'existence d'une grossesse tubaire droite, avec une grande quantité de caillots dans le Douglas.

Ablation de la trompe gravide.

Nettoyage des caillots.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires simples.

La malade sort de l'hôpital guérie.

Dans ce cas, aucun signe pouvant nous guider vers le diagnostic de grossesse extra-utérine:

Pas de retard de règles, même de peu de jours.

Au contraire, les règles étaient irrégulières et survenaient deux fois par mois.

Pas de phénomènes sympathiques de grossesse.

Pas de pertes sanguines par le vagin.

Pas d'expulsion de déciduale.

L'examen gynécologique n'a donné aucun résultat précis.

En même temps que la douleur s'est manifestée subitement, un énorme météorisme abdominal avec rétention d'urine et de matières. Ces phénomènes abdominaux étant les plus manifestes et dominant le tableau clinique, me firent croire qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale, due à un obstacle mécanique sur l'intestin (brides cicatricielles ou hernie interne).

Cette hypothèse même me parut peu fondée, lorsque la malade présenta une évacuation intestinale spontanée à son arrivée à l'hôpital.

L'avortement tubaire fut reconnu grâce à l'intervention et en présence de l'inondation péritonéale, j'eus l'explication des phénomènes intestinaux. Ceux-ci étaient dus seulement à l'obstruction mécanique que la masse sanguine déversée dans la cavité abdominale présentait au péristaltisme abdominal.

J'ajouterai en terminant que le météorisme abdominal est un phénomène constant qui accompagne la grossesse extra utérine au moment de l'avortement tubaire ou de la rupture de la trompe gravide.

Il faut donc admettre qu'il est secondaire à l'inondation péritonéale.

Ce cas nous enseigne, en outre, à orienter toujours, dans des cas analogues, le diagnostic vers la grossesse extra-utérine, même quand il n'y a pas de suspension de règles, quand il manque les troubles sympathiques de la grossesse

et quand l'examen gynécologique ne donne aucun signe certain.

Observation 3. — AGUINET

RESUMEE

Malade 30 ans, entre à l'Hôpital ayant été prise la veille d'une violente douleur du côté droit du ventre avec sueur froide et syncope prolongée.

Elle vomit et ne rend ni matières ni gaz.

Le toucher vaginal révèle seulement un col mou et fait penser à une grossesse extra-utérine.

L'état général, étant grave, extrémités refroidies, pouls filiforme et fuyant, faciès péritonéal, on opère d'urgence.

Laparatomie médiane, au lieu de l'incision appendiculaire à laquelle on avait songé tout d'abord.

La trompe droite est rompue à un centimètre de l'utérus.

On enlève aussi les annexes gauches.

L'ovaire était kystique et des adhérences retenaient la trompe loin de lui.

Guérison.

**Observation 4. — GROSSESSE TUBAIRE
INONDATION PERITONEALE sans rupture du KYSTE**
Diagnostic porté au début: Obstruction intestinale.

M. BLUM

C. V., ménagère, âgée de 27 ans, est admise d'urgence, le 11 novembre 1902, à 2 heures du matin.

Elle s'était endormie la veille bien portante, et à 11

heures du soir, elle était réveillée brusquement par une douleur abdominale très vive et des vomissements alimentaires.

A son entrée à l'hôpital, elle est très pâle et dans un état presque syncopal. Le poulx est très petit, incomptable, le ventre ballonné et douloureux.

L'état de la malade est si alarmant que le chirurgien de garde, appelé, renonce à intervenir, bien qu'il pense à une obstruction intestinale. Il prescrit des injections de sérum, dont deux litres sont injectés dans la nuit.

A la visite du matin, le poulx, quoique petit et à 130, est moins faible que dans la nuit, faciès pâle, lèvres décolorées, ventre ballonné, tendu et douloureux.

La douleur a son maximum à l'épigastre plutôt que dans le petit bassin. Cul de sac postérieur légèrement bombé et tendu. Pas de vomissements, pas de constipation.

On apprend, d'autre part, que la malade n'a jamais eu de maladies antérieures.

A 20 ans, elle a mené une grossesse à terme, sans complication. Depuis lors, ses règles ont toujours été normales, jusqu'au 20 août dernier, époque des dernières règles. Celles-ci ont fait défaut en septembre et au même moment les seins prenaient du développement.

Le 25 octobre dernier, la malade a éprouvé des douleurs abdominales assez vives et en même temps a eu une perte de sang sans caillots. Un médecin a porté le diagnostic de fausse couche.

Depuis cette époque, les pertes ne se sont pas reproduites, mais jusqu'à la crise de la veille, la malade a éprouvé constamment des douleurs abdominales sourdes.

En présence de ces antécédents et de l'état actuel on

porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale et on décide l'intervention immédiate.

Opération: Laparatomie sous chloroforme le 12 novembre, à 10 heures et demie du matin. Incision médiane sous-ombilicale.

La cavité abdominale est remplie de sang liquide et de caillots. Monsieur Blum explore le petit bassin et trouve un kyste fœtal intact développé dans la portion ampullaire de la trompe gauche. La poche fœtale est rompue artificiellement par l'opérateur qui en extrait un fœtus de 6 cm. encore vivant.

Le liquide contenu dans la poche est un liquide séreux ne contenant ni sang ni caillots.

Un clamp est posé sur le ligament large et la trompe au voisinage du bord utérin, un autre clamp sur l'utéro-ovarienne et l'insertion pelvienne du ligament.

Excision de la poche fœtale entre les deux clamps.

Ligature des pédicules et de quelques points qui donnent encore dans la base du ligament large.

Nettoyage de la cavité abdominale à l'aide de tampon et sans lavage Mickulicz. Fermeture de la paroi en trois plans aux crins.

La journée du 12, deux injections de sérum de 500 gr. le poulx se remonte et l'état général est bon.

Les jours suivants, le ventre est ballonné, hoquets et quelques vomissements. Constipation.

Ces phénomènes dus à la praésie intestinale et à une suppuration légère au niveau du Mickulicz, s'atténuent

rapidement. La malade, actuellement, est en bonne voie de guérison.

L'intérêt de cette observation réside d'une part dans la source de l'inondation péritonéale due non pas à la rupture de la trompe, mais à l'écoulement du sang par son orifice perméable et dilaté. D'autre part, dans l'erreur de diagnostic commise au moment de l'entrée de la malade, puis rectifiée et suivie d'une opération qui a sauvé la vie de la femme sortie et guérie.

Observation 5. — CELOS

RESUMEE

O. V., 34 ans, cantinière, est admise, le 16 décembre 1899, salle Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu; elle avait été reçue en médecine la veille.

Antécédents: un enfant.

N'a pas vu ses règles depuis 2 mois et demi.

Il y a un mois, ressent une vive douleur dans le bas-ventre; elle s'alite. Cinq jours après, elle entre à Beaujon, où l'on fait le diagnostic de grossesse.

Sort de cet hôpital le 1^{er} décembre, améliorée, mais vomissements fréquents et douleurs abdominales.

Le 11 décembre, point de côté terrible, semblable à celui qui avait marqué la crise de novembre. Douleur d'emblée généralisée.

Le 15 décembre, reçue en médecine, salle Ste Jeanne, souffre atrocement, la douleur ayant augmenté d'intensité depuis 4 jours.

Température 37,4, pouls rapide incomptable.

Extrémités glacées.

Aphonie.

yeux vitreux.

Malade mourante.

Rétention d'urine, vomissements.

Météorisme abdominal intense, ventre partout sonore.
dur.

Douleur à la pression généralisée.

Diagnostic: péritonite consécutive à une fausse couche.

La malade est trop mal pour tenter une intervention.

Sérum, alcool, injections sous-cutanées.

Le 16, la malade est mieux, réchauffée, pouls 100 mieux frappé. Température 38, *mais vomissements, hoquet, arrêt des matières et des gaz*. Rétention d'urine. Pas d'albumine.

Météorisme, ventre douloureux, ne permettant pas l'exploration.

Col ferme, pas ouvert.

Utérus gros, très douloureux.

Cul de sac empâté, le Douglas ne tombe pas.

En retirant le doigt, il sort du liquide horrible, strié de rouge, mais sans odeur.

Les chirurgiens pensaient le ventre plein de pus, mais les médecins avaient fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Intervention (Marion et Celos).

Péritoine plein de sang, plus d'un litre, caillots énormes entre les anses.

En épongeant le sang, on aperçoit les membres d'un fœtus entre une anse grêle et le dôme utérin; il adhère au pubis par le cordon ombilical.

Trompe gauche rompue; adhérant fortement à la paroi abdominale, utérus et annexes droits normaux.

Dans le cul de sac postérieur adhérant au péritoine pariétal, on trouve un fragment de la poche fœtale qu'on décolle, en même temps que des cotylédons.

Drainage, suture, sérum.

Ovaire petit, sclérokystique, avec un point calcaire.

Poche fœtale formée par la portion externe de la trompe.

Dans le cul de sac postérieur, adhérant au péritoine elle est grosse, tomenteuse, présente une partie qui tient aux annexes, une autre au péritoine.

Fœtus de 2 mois vivant pendant un quart d'heure.

En somme, grossesse extra-utérine, qui s'est rompue il y a un mois, l'adhérence de la fente au péritoine a fermé la rupture, la grossesse a continué.

Il y a 15 jours, nouvelle rupture et inondation péritonéale; le soir, 36°8, pouls imperceptible, collapsus.

Le 17, 38°5, réchauffée, état meilleur, pouls rapide, des pansements coulent des flots de sérosité, pas de vomissements.

Le 20, faiblesse, pâleur. Température 39°4, œdèmes.

Le 21, Température 40°; sérosité abondante dans le pansement, dyspnée, pouls rapide, pneumonie centrale droite.

Pronostic fatal.

Le 22, Anasarque. Inconscience.

Morte à 4 heures du soir.

On ne put faire l'autopsie.

Observation 6. — GROSSESSE TUBAIRE GAUCHE
datant d'un mois et demi. — RUPTURE DU
KYTE EMBRYONNAIRE

Inondation sanguine intra-péritonéale
Signes d'obstruction intestinale - Laparotomie - Guérison
JABOULAY

La femme X..., âgée de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Polossou. M. le professeur Jaboulay, alors chargé du service, porte le diagnostic de grossesse tubaire, ayant déterminé, par sa rupture dans l'abdomen, la formation d'une hématocele intra-péritonéale.

Depuis 2 mois les règles ont disparu et la malade a ressenti, il y a 10 jours, une vive douleur dans l'abdomen.

Elle est très faible, présente un état syncopal, se plaint de coliques persistantes, de nausées, de vomissements et d'une impossibilité d'aller à la selle et d'émettre des gaz.

Le ventre est météorisé. La température est à 38°2.

A la palpation de l'abdomen, on sent, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et se propageant dans le petit bassin, un empatement considérable. Le toucher décèle une collection rétro-utérine. La moitié gauche du col de l'utérus est allongée comme si ce dernier avait été sectionné verticalement, ou que la section gauche se soit développée exclusivement; de plus, il saignait légèrement.

Le 3 janvier 1894, M. Jaboulay fait une laparotomie. Il fait sur la paroi abdominale une incision angulaire, l'une

des branches de l'incision est parallèle à l'arcade pubienne gauche et longue de 12 cm. environ; l'autre, suivant la ligne blanche, est de 8 cm.

On évacue environ 2 litres de caillots de sang intra-paritonéaux, au milieu desquels on découvre l'embryon. L'on enlève la trompe gauche et l'on fait un mickulicz.

Deux jours après, on enlève le drainage, qui avait ramené beaucoup de sang. Il s'est formé des adhérences entre les anses intestinales. Ces adhérences sont lâches et se laissent facilement libérer.

La paroi abdominale est ensuite fermée par une suture à triple étage. La T° reste au-dessous de 38° et la réunion est en bonne voie.

Quinze jours après, il se produit une ascension de la courbe thermique, 39°2, et l'on constate dans la fosse iliaque gauche la présence d'une collection.

On décide une nouvelle intervention; l'on fait sauter les points de suture et l'on fait un drainage abdomino-vaginal.

La malade guérit et quitte l'hôpital, mais est obligée de porter une ceinture abdominale.

Trois mois après, la malade revient, portant une éventration surtout marquée au niveau de l'angle de la cicatrice. L'intestin fait hernie sous la peau. Le 10 avril, on fait la cure radicale de l'éventration. L'intestin est légèrement blessé par suite de ses adhérences avec la paroi. Il se forme une fistule stercorale.

Le 20 avril, la malade sort guérie de sa fistule et de son éventration. Plusieurs mois après, la guérison persiste.

Observation 7. — AVORTEMENT TUBO-ABDOMINAL
s'accompagnant de signes d'Occlusion Intestinale
Observation inédite due à l'obligeance de M. R. Leroy,
Interne des Hôpitaux, recueillie dans le service
de M. le professeur Mondor.

Madame G., 39 ans, est admise le 18 février 1934, à l'hôpital Bichat.

La malade insiste sur l'importance minime de ces suintements.

Vers le 25 janvier, crise douloureuse très violente, mais sans syncope.

On parle de sa'pingite. Lit. Glace.

Les douleurs se calment, mais le suintement sanguin persiste. Elle présente encore deux petites crises douloureuses.

Elle entre le 18 février, parce que, depuis quatre jours, à la suite d'une crise douloureuse, elle n'a pas émis de selles. Elle a eu à peine deux ou trois gaz et son ventre est ballonné.

Nouvelle crise douloureuse le matin de l'entrée, toujours sans syncope.

Examen :

On est frappé tout de suite par la pâleur de la malade.

Pouls 100. Température 37°8.

Abdomen météorisé et tympanique, mais souple.

Pas d'ondulations péristaltiques.

Sur la garniture, pertes nettement sépia.

Toucher vaginal: col un peu mou, mais fermé.

Utérus un peu gros, débordant de deux travers de doigt la symphyse et complètement refoulé à droite, ainsi que le col, par une masse rénitente, douloureuse, qui emplit le cul de sac gauche et postérieur. Douglas peu douloureux.

Le chirurgien de garde, consulté, ne pose pas d'indication d'urgence formelle et décide d'attendre.

Le lendemain même état. Un examen de sang montre 2.000.000 de G. R.

Intervention. — On trouve un fœtus de 2 mois et demi au milieu de nombreux caillots et sang libre.

Il s'agit d'un avortement tubo-abdominal gauche.

Castration gauche.

Guérison.

Observation 8. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE à forme pseudo-appendiculaire

LIEUTAND

M. B., 38 ans, entre le 29 novembre, salle Léon-Lefort, pour douleur de la fosse iliaque droite.

Toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Il y a 3 ans, elle eut une hémorragie ayant duré 15 jours.

Deux accouchements normaux.

Dernières règles le 5 novembre et jusqu'au 27 novembre rien de particulier.

A ce moment, pesanteur périnéale, pas de pâleur, pas de douleurs, pas de vomissements.

Le 30, douleur brusque dans tout le ventre, suivie de vomissements.

La douleur se localise ensuite dans la fosse iliaque droite. Pas de matières, ni gaz.

Le lendemain, elle entre à l'hôpital.

Elle n'a pas présenté la moindre tendance à la syncope, ni aucune perte.

Examen : pâleur peu marquée, pas de tendance syncopale, pouls 100, température 38°5, langue humide.

La palpation révèle de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite.

Contracture légère étalée.

Toucher: col en avant.

Culs de sacs ouples, indolores.

Le doigt ne ramène pas de sang.

Diagnostic: appendicite.

Intervention: incision de Roux.

Fermeture de l'incision iliaque.

Incision médiane sous-ombilicale.

Rupture de grossesse extra-utérine droite.

A noter que l'ovaire gauche présentait un kyste hémattique.

Observation 9. — BONNET

M. B., 25 ans, entre dans le service du docteur Proust le 21 octobre, pour douleur brusque, violente de la fosse iliaque droite, ayant obligé la malade à s'aliter.

Pas de vomissements.

Les phénomènes seraient apparus le 28, dans la matinée.

Le 30, après une purge, douleurs et vomissements verdâtres.

La malade entre à l'hôpital le 31, avec *arrêt des matières et des gaz depuis la veille*.

Examen: malade pâle, mais sans tendance syncopale.
Traits tirés.

A la palpation, défense musculaire dans toute la partie inférieure de l'abdomen, mais plus marquée au niveau de la fosse iliaque droite.

Toucher : col très en arrière.

Cul de sac antérieur bombant dans le vagin, rénitent et extrêmement douloureux à la pression.

Les culs de sacs latéraux sont aussi douloureux, aucune masse n'est perçue.

Le doigt ramène un peu de sang noirâtre. Cependant, la malade dit avoir eu ses dernières règles normales, qui sont terminées depuis quatre jours.

Température 38°2.

Pouls petit: 180.

Diagnostic: péritonite généralisée par perforation d'une appendicite.

Intervention: Incision de Mac Burney. Sang.

Fermeture et incision médiane.

Rupture de grossesse extra utérine droite.

Fermeture. Suites normales.

Observation 10. — HEMATOCELE RETRO-UTERINE
ayant donné lieu à des signes d'occlusion intestinale aiguë
Observation inédite due à l'obligeance de notre collègue
J. Rousset, int. des Hôpitaux, recueillie dans le service
de M. Schwartz.

Madame D..., 33 ans, est envoyée d'urgence à l'Hôpital Necker, le 10 novembre 1931, avec le diagnostic d'Occlusion intestinale aiguë.

La malade, constipée depuis 15 jours, a présenté peu de jours avant son admission, une crise abdominale très douloureuse, lui arrachant des cris.

Douleur diffuse avec paroxysme.

En présence de l'intensité de la douleur, de l'arrêt prolongé des matières, le médecin pose le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë; il demande à revoir la malade.

Les douleurs s'atténuent par la médication symptomatique, mais reprennent avec la même intensité deux jours après.

Un deuxième médecin alors appelé a l'attention attirée sur un retard de règles de 10 jours et l'apparition de quelques pertes noirâtres, survenue le 27 octobre avec douleur abdomino-pelvienne et malaise.

Le médecin pose le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë, mais avec réserve et envoie la malade à l'hôpital.

Examen : bon faciès,

pouls 96,

température 38°4,

léger météorisme abdominal.

Le diagnostic d'occlusion semble se confirmer, mais

contracture dans les flancs, plus marquée à droite. Palpation très douloureuse.

Examen utérin : rien au Douglas, l'utérus paraît bloqué, cul de sac gauche douloureux, cul de sac droit empâté, on y sent une petite masse.

La malade est mise en observation.

Le 13 novembre : nouvelle crise douloureuse avec malaise, les signes génitaux se précisent, le cul de sac de Douglas devient tendu et douloureux.

A l'intervention :

On trouve la trompe droite rompue et dans le cul de sac postérieur de nombreux caillots, dont quelques-uns sont organisés et très adhérents au rectum, et qu'il est impossible d'enlever en totalité.

Pas trace d'obstruction mécanique.

Ablation des annexes droites.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

**Observation 11. — PARALYSIE INTESTINALE
complicquant une rupture tubaire et persistant
après l'opération. Mort.**

RUTHERFORD MORISON

Une femme âgée de 25 ans est prise brusquement, en train de prendre le thé, d'une douleur atroce. ..

Elle se lève précipitamment, pousse un cri et tombe sans connaissance. Elle ne reprend ses sens que le jour suivant.

Trois jours plus tard, quand je la vois, l'état général

est meilleur, mais son abdomen est considérablement ballonné et très tendu.

L'opération montre une énorme quantité de sang dans la cavité péritonéale et une trompe gravide rompue.

L'intestin grêle est extrêmement distendu.

Tous les efforts que l'on fit pour amener l'intestin à fonctionner par médication ou lavement échouèrent et la malade mourut trois jours après l'opération.

Après la mort, l'examen montra seulement un intestin énormément distendu et anémique.

Observation 12. — OBSTRUCTION INTESTINALE Complication peu commune d'une grossesse extra utérine

F.-B. JESSETT

Le 8 janvier je fus appelé par mon ami le docteur Webster, auquel je suis redevable de ces notes, pour examiner avec lui une malade de l'infirmerie Saint-Georges.

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, mariée, qui avait été admise le 5 janvier 1903, se plaignant d'une douleur intense dans la région ombilicale, dont elle avait été prise brusquement la veille; en même temps, constipation opiniâtre depuis trois jours.

Antécédents personnels : neuf ans auparavant, une grossesse terminée par un accouchement difficile.

Depuis lors, ses règles étaient très régulières durant deux ou trois jours, mais ses dernières règles, apparues il y a un mois, étaient survenues après un intervalle de neuf

semaines, durant et présentant les mêmes caractères que d'habitude. Elle ne remarqua ni caillots ni membranes.

Jusqu'à la maladie actuelle, elle avait joui d'une bonne santé et n'avait jamais été constipée, mais était toujours anémique, la pâleur de son teint était connue depuis longtemps.

Le 4 janvier, pendant qu'elle était en train de lire un journal, elle ressentit une violente douleur abdominale, au niveau de l'ombilic, suivie de vomissements et tomba en syncope.

Son état empira rapidement. Un médecin appelé fit le diagnostic de pleurésie diaphragmatique et l'envoya à l'infirmerie le 5 janvier.

Etat actuel :

La malade est couchée sur le dos, les jambes fléchies, faciès anxieux.

Température 97°F; pouls très faible.

Elle se plaint de douleurs abdominales très marquées.

Thorax normal.

Nausées incessantes et vomissements immédiats après chaque boisson. Ils ne contiennent pas de matières fécales.

Abdomen distendu et tympanique, spécialement sur le trajet du colon. On ne note ni sensibilité marquée, ni contracture.

Au-dessous de l'ombilic, sensation de résistance plus grande qu'à droite, mais aucune tumeur n'est sentie.

Le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent aucune indication. On ne perçoit pas de masse dans les cul de sac.

Pas de selles ni de gaz depuis quatre jours, tandis que les nausées sont incessantes.

Je conclus que la malade présente un obstacle intestinal, siégeant probablement sur le colon et je conseille l'opération immédiate.

L'après-midi du même jour, avec l'assistance du docteur Coulson, je décide d'intervenir par colostomie iliaque préliminaire pour vider l'intestin et donner à la patiente le temps de recouvrer ses forces pour une opération radicale ultérieure, si elle est nécessaire.

Aussitôt l'anesthésie donnée, on injecte du sérum sous-cutané.

En faisant mon incision abdominale, sur deux pouces de long, en dedans de l'épine iliaque supérieure gauche et en découvrant le péritoine, je suis tout de suite frappé par la couleur sombre qui apparaît par transparence.

Dès l'incision du péritoine, une grande quantité de sang noir et de caillots s'échappe, que j'évacue.

J'introduis alors ma main dans le bassin, je soulève l'utérus et en même temps une masse qui lui est adhérente, du côté gauche.

En examinant cette masse et en examinant les caillots, je vois évidemment que j'ai affaire à une rupture de grossesse tubaire.

L'intestin énormément distendu et faisant saillie à travers la plaie, m'empêche de voir et je demande au Dr Webster d'introduire une sonde rectale aussi haut que possible pour vider le colon. Par ce moyen, une certaine quantité de matières fécales et de gaz s'échappent, de telle

sorte qu'il m'est possible de sentir le colon complètement vide dans la cavité abdominale.

Je lie la trompe qui saigne et l'extirpe avec le kyste fœtal et l'ovaire, mais une difficulté survint alors.

L'intestin grêle, et en particulier le jéjunum, est tellement distendu et saillant, que je l'entoure de compresses chaudes pour essayer de le rentrer. Ne pouvant y arriver, je fais une incision de un pouce de long, parallèle à son trajet et du côté opposé à l'insertion mésentérique.

Je le vide et après protection du péritoine, aussi complète que possible, je referme l'ouverture, plan par plan, d'abord la muqueuse, puis la musculieuse, puis la séreuse, avec cinq points de soie, et je rentre l'intestin dans l'abdomen.

J'enlève une certaine quantité de caillots, qui commençaient à adhérer à différents replis du péritoine, j'arrose toute la cavité avec du sérum et je referme.

La patiente est ramenée dans son lit en état de collapsus. Un lavement nutritif avec du Brandy est administré, ainsi que de la strychnine sous la peau.

La malade faiblit progressivement et meurt dans la nuit.

Ce cas est d'un intérêt considérable à plusieurs points de vue.

Au point de vue du diagnostic :

de la cause de l'obstruction intestinale,

du traitement de la distention intestinale.

Le diagnostic était obscur depuis le début. La malade n'ayant aucun soupçon de grossesse, malgré un retard de règles de neuf semaines avant celles-ci, survenues il y a

un mois; mais n'ayant pas eu de grossesse depuis neuf ans, elle n'avait porté aucune attention à cette interruption.

La douleur syncopale du début, au lieu de siéger comme habituellement dans le bassin, était haut située, localisée au niveau de l'ombilic, ce qui fit faire au médecin traitant le diagnostic de pleurésie diaphragmatique.

Mais la lipothimie initiale et les vomissements appelaient l'attention sur l'intestin, opinion qui fut fortifiée lorsqu'apparurent la distension intestinale, l'arrêt des matières et des gaz, la fréquence des vomissements, il n'y eut plus de doute qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale qui fut située sur le colon. Mais il fut impossible de dire quelle était la cause de l'occlusion. Était-elle due à la pression des caillots sur le colon et l'anse sigmoïde, ou à une paralysie intestinale? Il est difficile de comprendre comment un caillot sanguin mou pourrait comprimer l'intestin au point de l'occlure, d'arrêter le passage de son contenu. Non. Je pense que nous devons avoir affaire à quelque autre cause.

Les fibres circulaires de l'intestin avaient perdu leur pouvoir contractile, peut-être à cause du shock brutal initial et de l'hémorragie interne. -

Ou bien la paralysie intestinale était-elle causée par la pression du sang sur les nerfs splanchniques et sympathiques.

Il faut retenir de ces faits que lorsqu'on se trouve en face de signes d'occlusion intestinale survenant chez une femme jeune, il faut penser à la grossesse extra-utérine.

Un tel cas est rare, et je ne peux trouver seulement

que trois observations rapportées, dont une par le docteur Rutherford Morison.

En troisième lieu, devant l'impossibilité de rentrer l'intestin distendu dans la cavité abdominale, nous avons été obligé de l'inciser, c'est la méthode que la majorité des chirurgiens adoptent, de préférence à la ponction avec une aiguille fine, ou à l'introduction, dans la paroi intestinale, d'une canule de grande dimension. Ces deux dernières méthodes étant à rejeter.

Observation 13. — RUPTURE D'UNE GROSSESSE TUBAIRE DANS LES PREMIERES SEMAINES

Mort par paralysie intestinale et signes d'obstruction

BROESE

Femme de 34 ans, qui aurait eu deux couches normales et deux avortements.

Au mois d'octobre 1890, elle n'eût pas ses règles, mais à la fin du mois, hémorragie qui dure quatorze jours.

Le 11 novembre, elle présenta subitement tous les signes d'une anémie aiguë.

On diagnostiqua : hémorragie interne par rupture de grossesse extra-utérine.

On se disposait à l'opérer, mais la malade se releva rapidement; son état général s'améliora, on put croire l'hémorragie arrêtée.

Le 14 novembre, l'état général s'aggrave de nouveau. Quelques vomissements dans la nuit.

Météorisme énorme du ventre, qui devient tendu et douloureux.

Pouls petit.

Les vomissements deviennent continus dans la journée.

Par des lavements portés le plus haut possible, on ne put obtenir l'évacuation des gaz intestinaux. L'état général s'aggrave de plus en plus.

Le diagnostic hésitait entre péritonite, iléus au début ou paralysie intestinale.

Dans l'après-midi : laparatomie exploratrice, péritoine rempli d'une masse de sang liquide ou coagulé.

Les anses intestinales étaient si dilatées qu'elles faisaient saillie à travers la paroi abdominale.

Déchirure de deux à trois centimètres sur la trompe droite, près de son extrémité utérine. Oeuf libre dans la cavité de Douglas, au milieu des caillots.

Pas trace d'obstruction mécanique sur le parcours de l'intestin.

Pendant les manœuvres exploratrices, les gaz s'échappèrent par le rectum.

Mort 2 h. 30 après l'opération.

Observation 14. — RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE EPANCHEMENT SANGUIN DANS LE PETIT BASSIN

Signes d'Occlusion Intestinale, Opération, Mort

STOCKER

Femme âgée de 24 ans, amenée à l'hôpital le 19 janvier 1889 pour des symptômes d'obstruction intestinale.

Mariée à 20 ans, six mois et demi après, elle met au monde un enfant mort. A partir de cette époque, elle éprouva une douleur presque continue dans la région inguinale droite, ce qui la fit entrer à l'hôpital.

Régulièrement réglée jusqu'en novembre 1888, elle a été deux mois sans voir, elle pensait être enceinte à nouveau. Le 8 janvier hémorragie; le 12 janvier, dans la rue, douleurs très vives avec collapsus partiel.

Entre le 12 et le 19, pendant une semaine, elle continue à souffrir avec insomnie, intolérance absolue de l'estomac, vomissements, constipation.

Traitement : lavements purgatifs.

Quand l'auteur la vit elle présentait un mauvais état général : faciès anxieux, pouls petit. Température : 98° F, 37° C ; peau froide, langue sèche. Les vomissements étaient continus, mais n'avaient pas le caractère fécaloïde.

Le ventre était tendu, tympanisé, mais d'une façon modérée. Il y avait une légère tuméfaction de la région ombilicale droite, au-dessus du ligament de Poupert. Le rectum était vide, l'utérus poussé en bas et immobilisé. Le cul de sac recto-vaginal présentait une tuméfaction très marquée.

On décide de faire une laparatomie qui serait exploratrice ou curatrice. Le diagnostic était très incertain. Bien qu'elle n'eût pas été à la selle depuis une semaine, son état ne ressemblait pas à celui d'une obstruction primitive. L'histoire des troubles menstruels antérieurs, cette atteinte soudaine au milieu d'une bonne santé avec douleur continue, tout cela s'éloignait des conditions habituelles de l'occlusion intestinale.

On remit l'opération au lendemain. Stocker essaya de passer un long tube dans le rectum, il pénétra seulement à huit ou neuf pouces et l'eau introduite revint de suite. Traitement : un grain d'extrait de belladone et un grain de calomel toutes les trois heures, stimulants. Opium en quantité suffisante pour calmer les douleurs.

Pendant la nuit, elle dormit un peu et le lendemain les douleurs étaient relativement moindres, mais elle continuait à vomir souvent et les matières vomies avaient l'aspect fécaloïde.

Laparatomie le 21 janvier. L'abdomen ouvert, le grand épiploon était tellement adhérent à la paroi abdominale antérieure qu'on ne put rompre les adhérences, on les sectionna entre deux ligatures.

Le péritoine était très enflammé, il y avait une grande quantité de sang noir et fluide dans le bassin, les anses intestinales des parties avoisinantes étaient couvertes d'adhérences.

Sur le ligament large, tumeur grosse comme un œuf de poule, siège de l'hémorragie; tumeur tubaire, sans connexion avec l'utérus et l'ovaire. Le gros intestin était vide, le petit, distendu : il semblait que l'obstruction due à la pression des caillots sanguins, siégeait dans le petit bassin à sa terminaison.

L'opération fut longue et laborieuse, la malade mourut huit heures après, abattue par ses souffrances antérieures et par le shock.

**Observation 15. — TORSION D'UNE TROMPE GRAVIDE
A DROITE AVEC GROS KYSTE DE L'OVAIRE**

NON TORDU

**chez une femme opérée il y a huit ans
de grossesse extra-utérine gauche
CHARBONNEL et FAVREAU**

Femme de 32 ans. Deux enfants.

Opérée il y a huit ans pour volumineux hématome intraligamentaire gauche, après rupture de grossesse ampullaire en plusieurs temps. On fit une castration gauche.

Depuis, règles irrégulières, pas de grossesse.

Il y a huit jours, brusquement, accident douloureux du côté droit du ventre, calmé en vingt-quatre heures.

Diagnostic porté : appendicite.

Il y a six jours, nouvelle crise douloureuse analogue.

A l'examen : tuméfaction du dessus de l'arcade crurale droite. Ballonnement dans tout le ventre, arrêt des gaz, nausées.

Diagnostic : lésion génitale pyosalpinx ou hématocèle. Mais toucher vaginal négatif, pas de température, pouls rapide.

Il y a quatre jours, tumeur et ballonnement augmentent.

Température en-dessous de 37°.

Diagnostic : hématocèle à cause d'un léger écoulement brunâtre par le vagin, mais pas de retard de règles.

Intervention : à droite, gros kyste ovarien ponctionné et sous lui grosse trompe noirâtre infarctie, rompue à sa

partie inférieure, où elle épanche des caillots dans le petit bassin.

Portion interne tordue sur elle-même en antetorsion complète.

De la partie externe de la tuméfaction tubaire, on voit sortir un petit appendice portant des franges à son extrémité et qui est la portion externe de la trompe, dans laquelle il n'y a pas eu d'hémorragie : un pavillon accessoire.

Hystérectomie subtotale rapide de gauche à droite, sans drainage, suites simples.

Observation 16. — TORSION D'UN HYDROSALPINX
DROIT COINCIDANT AVEC LA RUPTURE
D'UNE GROSSESSE TUBAIRE GAUCHE

BAUDRON

Femme de 32 ans, réglée à 12 ans, toujours régulièrement.

A 19 ans, un avortement de trois mois. Cinq mois après cet avortement, troubles de menstruation et leucorrhée, soignée et guérie au bout de dix ans.

Dernières règles terminées le 1^{er} décembre dernier, durée normale.

Fin décembre, aménorrhée attribuée d'ailleurs à un petit accident.

Le 25 janvier, au milieu de la nuit, douleurs violentes abdominales avec tendance à la syncope, température 38°, pouls à 104, agitation extrême, potion calmante et repos.

Le 3 février : température 38,7, pouls 144. Mictions pénibles, ténésme rectal, ventre légèrement ballonné et douloureux, surtout à gauche où l'on perçoit un peu d'empâtement. Glace.

Le 6 février : défervescence. Température 37°, pouls à 80.

A la palpation, un peu de météorisme et à gauche un point symétrique du Mac Burney, un peu d'empâtement et de submatité. Très vive douleur, même à la pression légère.

Diagnostic : Grossesse tubaire gauche en voie de rupture.

Le 10 février : une nouvelle crise violente avec 39° et un pouls à 150. Ventre ballonné, vomissements incessants, *arrêt des gaz et des matières*, miction impossible.

Le 14 février : tumeur abdominale dans la fosse iliaque gauche, du volume de deux poings, remontant jusqu'à l'ombilic, relativement indolente, tandis qu'au contraire, la fosse iliaque droite, qui paraît libre, est le siège d'une douleur tout à fait aiguë au moindre frôlement.

Laparatomie. — On trouve les lésions suivantes :

A gauche : trompe gauche rompue.

La trompe comprend deux portions :

— Une portion ampullaire à laquelle adhère le pavillon dont les franges sont libres, d'aspect normal, avec un orifice perméable (2 cm. de long).

— Une portion moyenne, distendue et largement crevée, qui donnait asile à l'œuf. ..

A droite : un *hydrosalpinx* dont l'orifice est tordu deux fois sur lui-même en rétroversion.

Au niveau du pédicule, la trompe présente des lésions accentuées de salpingite chronique hypertrophique.

Il y a hyperplasie et congestion intense du système vasculaire, tant au niveau de la paroi tubaire que du mésosalpinx.

L'ovaire gros, bosselé, polykystique, ne participe pas à la torsion.

On voit dans cette remarquable observation, évoluer simultanément deux lésions, dont les symptômes interfèrent, ce qui rend le diagnostic tout particulièrement délicat.

Les signes de la rupture de la trompe gravide dominent cependant la scène et le diagnostic en peut être porté avec précision.

Signalons enfin qu'il est exceptionnel de voir évoluer une grossesse, fût-elle salpingienne d'un côté avec de l'autre des régions kystiques, qui sont ordinairement bilatérales et interdisent toute fécondation.

Observation 17. — TORSION D'UNE TROMPE GRAVIDE POPPER

Femme de 35 ans, admise le 7 mai 1927, pour douleur dans le bas-ventre.

Difficulté de la défécation et absence de règles depuis deux mois et demi.

Antécédents : quatre grossesses normales, un avortement provoqué, suivi d'annexite; depuis ce moment sensation de compression rectale.

Le 10 mars 1927, la malade présente une première

crise, caractérisée par une douleur brusque, très intense, siégeant dans la région inguinale droite et le bas-ventre.

Absence de matières et de gaz pendant deux jours.

Signes qui s'amendent par le traitement médical.

Le 2 avril surviennent quelques pertes sanguines minimes.

La malade consulte un gynécologue le 27 avril, il porte le diagnostic de fibrôme et l'envoie à la clinique.

A l'admission le 7 mai :

Pâleur anémique de la face.

Douleurs dans le bas-ventre.

Abdomen tendu, ballonné.

Difficulté de la défécation.

Utérus normal, antéversé et peu mobile.

Dans le Douglas, tumeur qui ne peut être délimitée, semblant fixe.

Les annexes gauches sont normales et mobiles.

Les annexes droites sont impossible à percevoir.

Diagnostic de grossesse ectopique incertain.

La tumeur augmente les jours qui suivent.

On pratique une ponction du Douglas, qui ramène une sérosité claire.

Une deuxième ponction faite le lendemain donne une sérosité légèrement rosée.

Une troisième ponction pratiquée quelques jours plus tard donne du sang pur.

Examen sous anesthésie.. On délimite bien une tumeur, dépendant des annexes droites, fixée et de la grosseur d'une tête d'enfant.

Laparatomie : dans le Douglas, tumeur adhérente

qu'on réussit à extirper. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine droite de quatre mois, fœtus de 17 cm.

En outre, la trompe droite est tordue, son segment distal extrêmement dilaté a fait un tour de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre.

Grossesse tubaire non interrompue par la torsion :

Il n'y a pas rupture de la trompe.

Les annexes gauches sont normales.

Castration unilatérale.

Guérison.

Observation 18. — GROSSESSE TUBAIRE A EVOLUTION PARTICULIERE

J. KREISS

Le cas que je vous présente est intéressant à deux points de vue : du point de vue clinique par son évolution curieuse et les difficultés du diagnostic, et du point de vue anatomo-pathologique, quant à l'issue d'une grossesse ectopique.

Il s'agit d'une femme qui a accouché une fois en 1911, normalement. Elle fut admise le 28 février 1922 avec les antécédents suivants : n'ayant plus ses époques depuis fin août 1921 et se croyant enceinte, elle fut prise subitement d'une syncope le 8 janvier 1922, à 4 heures du matin, en se levant pour uriner.

Elle tomba par terre, perdit connaissance pour un

temps indéterminé. Elle se recoucha avec des douleurs très fortes dans le côté droit du bas-ventre, elle vomit à plusieurs reprises, et les jours suivant, il y eut un arrêt complet de gaz et de selles.

Les douleurs persistèrent, le ventre augmenta de volume et le médecin appelé posa le diagnostic d'appendicite.

La malade prétendit ne pas avoir eu de fièvre.

Elle resta alitée pendant six semaines, était toujours très constipée et eut des pertes sanguinolentes pendant quinze jours à partir de la fin janvier.

Depuis la syncope, les douleurs se sont subitement améliorées, mais sans disparaître complètement, et, suivant le conseil de son médecin, elle se fait admettre dans notre service.

Examen gynécologique : l'abdomen n'est pas ballonné, la paroi est souple; à la palpation, on sent une tumeur venant du bas, avec limites plus précises à gauche qu'à droite, correspondant dans sa totalité à un utérus gravide de cinq à six mois, qui serait penché vers la droite. Le bord droit de cette tuméfaction est sensible. Pas de ligaments ronds à palper avec précision. On n'entend pas de bruits du cœur fœtal, le toucher vaginal ne révèle qu'une tumeur paraissant appartenir à l'utérus, correspondant au sixième mois d'une grossesse tout à fait mobile.

Le Douglas est libre, la femme ne saigne pas.

Le diagnostic fut des plus douteux.

S'il y avait grossesse, elle ne correspondait pas à la cessation des règles depuis la fin août.

Le fait que le médecin ait posé le diagnostic d'une

appendicite pendant la grossesse nous fit penser au moins à un processus inflammatoire, peut-être annexiel, dont nous voyons encore les séquelles.

Pendant l'observation de trois semaines dans notre service, la femme eut, les dix premiers jours, une élévation vespérale de la température à 37° 5, puis la température resta normale, les douleurs dans l'abdomen persistèrent.

Les examens répétés dans un intervalle de huit jours nous permirent de délimiter approximativement la grandeur de l'utérus, d'exclure une grossesse extra-utérine et de constater une tuméfaction accolée à droite et derrière l'utérus, du double de son volume, de consistance molle.

La possibilité d'une grossesse extra-utérine n'était pas à rejeter, mais les antécédents ne parlaient pas pour une rupture malgré l'irritation péritonéale manifeste, ni le toucher pour un avortement avec hématoçèle, et le 15 mars, la femme eut ses époques pendant 3 jours, mais moins fortes et moins prolongées que d'habitude.

Laparatomie le 21 mars.

Devant l'incertitude du diagnostic, s'il s'agissait d'une affection annexielle inflammatoire ou néoplasique, ou d'une grossesse ectopique à évolution particulière, l'intervention s'imposait. L'on trouve d'abord une vessie sensiblement étirée vers le haut, chevauchant sur une tumeur molle, dépassant la symphyse d'environ un travers et demi de main, à laquelle venaient se souder intimement plusieurs anses de l'intestin grêle, de façon à ne permettre aucun passage entre l'intestin et la tumeur.

Cette tumeur, de consistance kystique, avait tout à fait l'aspect d'une hématoçèle à paroi fibrineuse épaisse et

en faisant une brèche entre l'intestin et la tumeur, on se trouvait dans une cavité remplie de vieux sang, qui était absolument cloisonnée vers le haut et les deux côtés.

L'orientation facilitée, la coëgne détachée de l'intestin on reconnut l'utérus sous la vessie, un peu agrandi et dévié vers la gauche, le ligament rond droit plus volumineux que normalement et en suivant la trompe à partir de l'insertion utérine, on la vit augmentée de volume, se recourbant vers l'utérus derrière le Douglas, puis émergeant du petit bassin et venant se souder aux anses intestinales avec sa partie périphérique. Elle contient un fœtus macéré, dont le tronc et le siège avec les jambes sont intimement fixés par la trompe et ses sinuosités, de façon à ne pouvoir l'extraire.

Ce fœtus avait à peu près l'âge de trois à quatre mois.

On libéra la trompe de sa fixation pelvienne et, d'une adhésion avec le sigma, sans la déchirer, les annexes opposées étant complètement abîmées par des processus inflammatoires anciens, on procéda à l'hystérectomie subtotale avec annexes.

Le Douglas est resté complètement lisse.

Il n'y eut pas de sang dans l'abdomen.

Les suites opératoires furent des plus simples.

On peut dire avec certitude qu'il ne s'agit pas d'une hématoçèle classique, provenant d'un avortement tubaire incomplet, puisque le pavillon est fermé.

On est frappé par la petite quantité de sang qui se trouvait dans la trompe et l'hématoçèle, elle n'était pas plus grande qu'un poing, y compris une partie du placenta, et

par le cloisonnement merveilleux vers le haut et les côtés, comme si les intestins avaient voulu tamponner l'hémorragie menaçante venant de la trompe; d'apparence cela a réussi, donc l'hémorragie n'a pas été brusque ni abondante, il ne s'agissait donc pas d'une rupture classique.

La paroi de la trompe a dû subir, à un certain endroit, une ou plusieurs déchirures lentes, successives, à travers laquelle ou lesquelles le sang a suinté par étapes, de sorte qu'il a pu se coaguler et les intestins ont pu former une cloison autour de la source hémorragique, à cet endroit de la trompe.

La première déchirure s'est faite, très probablement, lorsque la femme a eu sa première et unique syncope passagère, qui n'est pas en relation avec la quantité de sang échappée dans l'abdomen mais au contraire avec la douleur vive à la suite de la déchirure comme pure réaction péritonéale.

Observation 19. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
DE 4 à 5 MOIS AVEC SYNDROME D'ILEUS
Insertion basiotrope du placenta.

M. R. HORRENBERGER

Le 23 août(à 24 heures, nous est admise une femme, avec le diagnostic posé par le médecin de grossesse de cinq mois avec iléus.

C'est une II^e pare, âgée de 28 ans, enceinte de quatre à cinq mois.

Elle ne présente rien de particulier dans ses antécé-

dents et avait eu ses dernières règles normales du 12 au 16 avril.

De là, jusqu'au 21 août, l'état de grossesse est normal, sans hémorragies ni douleurs.

Dans la nuit du 22 au 23 août, elle est prise subitement de violentes douleurs dans le bas-ventre sous forme de tranchées, surtout dans la région médiane péri-ombilicale et d'un état nauséux qui persiste toute la nuit.

Le matin, elle se purge, elle vomit le médicament.

Dans le courant de la journée suivante, les douleurs s'accroissent, elle vomit; arrêt des gaz et des matières.

Le médecin la voit à 20 heures du soir et nous l'envoie avec le diagnostic déjà indiqué.

Dès l'admission, on est frappé par l'opposition de l'état général et de l'état abdominal : ..

La température à 36,5, le pouls à 100 — le faciès fait une bonne impression — la langue est propre est humide.

En somme, ni faciès de péritonite ou d'ileus, ni faciès d'hémorragie interne.

Au contraire, l'abdomen est inquiétant :

Ballonnement très marqué, ventre tendu uniformément sur toute sa surface, sensibilité vive dans toutes les régions; cependant ni gargouillement, ni péritaltisme.

Le toucher bi-manuel révèle un col mou de grossesse, des culs-de-sac très peu sensibles.

La grande tension ne permet pas de repérer le fond de l'utérus.

A l'examen des urines, on constate un peu d'albuminurie sans cylindrurie.

L'état général étant satisfaisant, le pouls peu fréquent

et bien frappé, la malade fatiguée par deux heures de transport, on décide de l'observer jusqu'au lendemain matin, en lui donnant une goutte à goutte rectal pour éviter la déshydratation.

Le lendemain matin, la situation est peu modifiée :

Température 37,4, pouls 100, langue bien humide, faciès comme la veille mais les vomissements muqueux puis bilieux ont persisté toute la nuit, les gaz ne passent toujours pas, il n'y a toujours pas de signes d'iléus par strangulation.

En somme, on se trouve en présence d'un état d'iléus paralytique, sans signes toxi-infectieux.

— Mais c'est alors que, vu les antécédents de grossesse, l'âge de cette dernière, l'état abdominal, on pense à une paralysie intestinale, consécutive à une inondation péritonéale aseptique par rupture au début d'une grossesse ectopique avancée.

L'indolence presque complète des culs-de-sac vaginaux paraît pourtant singulière.

Le ventre chirurgical avec diagnostic douteux impose la laparatomie.

Après ouverture médiane sous-ombilicale, on constate un péritoine foncé et un petit épanchement sanguin qui s'est fait dans la cavité péritonéale.

Les anses intestinales fortement dilatées et légèrement congestionnées sont refoulées et l'on tombe sur une tumeur kystique de couleur foncée par place, bleuâtre, couchée transversalement sur le détroit supérieur qu'elle obstrue complètement.

Cette tumeur saigne par un orifice de rupture situé sur la face antérieure et par où le tissu placentaire fait issue.

Après avoir débridé les adhérences épiploïques peu nombreuses et peu fortes, on l'extériorise assez facilement, parce qu'elle est bien pédiculée.

Ce pédicule est constitué par la partie proximale de la trompe gauche intermédiaire entre l'utérus et la poche fœtale et les vaisseaux utéro-ovariens.

Cette tumeur en obstruant l'entrée du bassin a empêché le sang d'y descendre et c'est pour cette raison que le toucher vaginal n'a rien révélé de particulier, et que la sensibilité des culs-de-sac fut minime.

On fait également l'ablation de la trompe droite grossie et remplie de sang. L'utérus un peu gros et dévié vers la droite et en arrière, est laissé en place.

La pièce opératoire se présente comme une poche kystique allongée, mesurant 17 cm. dans son plus grand diamètre (transverse horizontal) et 12 mm. d'épaisseur.

Cette poche s'était développée aux dépens de la partie ampullaire de la trompe, qui formait pédicule et où la tumeur était insérée sur le méso salpinx.

On constate aussi l'ovaire tout près, aplati, collé contre la paroi du kyste.

La paroi de la poche est lisse, mais irrégulière, soulevée par endroits par de petites bosses hémisphériques, où le placenta a disloqué les éléments constitutifs de la trompe et arrive jusqu'au dessous du feuillet péritonéal viscéral. C'est d'ailleurs à ces places que des adhérences se sont formées, protégeant ainsi contre une solution de

continuité. Pourtant, à une place, une rupture s'est produite et fut ainsi l'origine des symptômes cliniques.

A l'ouverture de la poche, on rencontre, à la partie supérieure et à gauche, un fœtus parfaitement constitué du début du cinquième mois et le placenta occupant une surface étendue de la poche. Il est d'épaisseur variable, mince à la paroi supérieure et antérieure et très étalé, il est, par contre, épais de 3 cm. à l'angle inférieur et droit, juste là où le pédicule s'insère sur la poche fœtale.

Observation 20. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE

RICHELOT-LEPAGE

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans environ, habitant la banlieue de Paris, qui n'a pas eu de grossesse depuis 18 ans. Elle n'a jamais présenté de troubles de la santé générale, sauf quelques troubles utérins, pour lesquels elle a consulté, à plusieurs reprises, M. Richelot.

Elle est d'un tempérament nerveux assez accusé.

Ayant eu le malheur de perdre, il y a quelques années, son fils unique, elle redevint enceinte dans le courant de cette année 1901; les dernières règles ont eu lieu du 16 au 22 mai.

La grossesse n'a rien présenté de particulier, sauf que cette femme, ayant le vif désir de mener sa grossesse à terme, s'est condamnée à une vie trop sédentaire.

Au commencement d'août, elle fut prise de quelques

douleurs abdominales, en même temps qu'elle perdit quelques gouttes de sang.

Le confrère, qui fut appelé, pratiqua une injection de morphine, qui calma les douleurs, mais cette médication fut suivie d'un peu de paresse vésicale, il fallut sonder cette femme pendant cinq ou six jours. D'après les renseignements fournis par le médecin, il ne semble pas que la quantité des urines ait été notablement diminuée à ce moment.

Dans le courant du mois d'octobre, elle présenta quelques phénomènes douloureux du côté du ventre; un autre médecin appelé a porté le diagnostic d'entérite.

Dans le mois de novembre, aucun incident à noter.

Dans la nuit du 2 au 3 décembre, cette dame fut prise de coliques intestinales assez violentes, qui la réveillèrent au milieu de la nuit. Dans la journée, ces douleurs se calmèrent et ce ne fut que le 5 décembre, qu'elle fit demander le premier médecin qui l'avait soignée.

Celui-ci, constatant des douleurs assez violentes dans tout l'abdomen, fit à nouveau une injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine; les douleurs se calmèrent, mais à partir de ce moment survinrent des vomissements, en même temps qu'on fut obligé de pratiquer le cathétérisme le 5, le 6 et le 7 décembre.

Les urines ne sont pas rares et ne contiennent pas d'albumine.

Le 6 décembre, les vomissements augmentent d'intensité; les boissons glacées, prises par gorgées, sont rendues immédiatement. Le 7 décembre, on administre un lavement purgatif sans aucun résultat.

Lorsque je vois la malade le 8 décembre, son état s'est aggravé depuis vingt-quatre heures aux dires des deux médecins qui la soignent. Insomnie complète, un peu d'agitation, les yeux sont légèrement excavés, pas de refroidissement du nez, ni des extrémités.

Le pouls, pris à diverses reprises est mauvais, 120, petit et irrégulier.

Nausées et vomissements dès que la malade prend du liquide; elle se plaint d'une soif très vive; la langue n'est pas sèche, mais un peu saburrale.

En examinant cette femme, on constate qu'elle présente un léger degré d'embonpoint; il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

L'abdomen est très distendu, surtout au niveau de la région épigastrique, où l'estomac, distendu par les gaz, fait une véritable saillie.

Le fond de l'utérus, refoulé en bas par les gaz, est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus et paraissent très accélérés.

Le palper n'est douloureux que lorsque la main, partant de la fosse iliaque gauche, remonte en suivant le colon descendant. La malade accuse à ce niveau une douleur un peu spontanée, mais qui se manifeste surtout à la pression.

Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement digne d'être noté.

Cet ensemble symptomatique ne permettait guère de porter un diagnostic ferme et de formuler un pronostic tout à fait rassurant.

Cette femme présentait nettement des accidents d'arrêt

des gaz et des matières dans l'intestin, mais s'agissait-il d'une véritable occlusion intestinale ou d'accidents passagers de parésie intestinale?

Il fut convenu, avec les deux confrères, de la conduite suivante :

1° un grand bain tiède d'une demi-heure à la température de 36°, le plus rapidement possible, dans le but de favoriser la diurèse et l'élimination de l'opium, si celui-ci était en jeu.

Le bain avait en outre pour but de calmer la soif très vive de la malade.

2° un lavement électrique le soir même;

3° l'intervention d'un chirurgien.

La famille ayant désiré que mon maître, M. Richelot, fût appelé, je me rendis chez lui avec l'un des confrères; je lui exposai qu'elle était la situation de cette malade et lui affirmai qu'il n'y avait, en tout cas, aucun traitement obstétrical actuel à faire.

Après avoir reçu la visite de M. Lepage et entendu son récit, M. Richelot se rendit auprès de la malade. Je trouvai, dit M. Richelot, une femme que je connaissais depuis longtemps, car j'avais plusieurs fois donné des soins à son jeune fils, et j'avais vu ce malheureux enfant succomber brutalement à un accident de bicyclette. Je l'avais connue, désespérée; à 38 ans, une nouvelle grossesse était survenue et tout à coup, après six mois, éclataient de graves symptômes d'occlusion intestinale.

C'était un dimanche. Il y avait, depuis le vendredi matin un ballonnement considérable des flancs et de l'épigastre, surmontant le globe utérin.

Faciès grippé, yeux caves, pouls très rapide et encore assez fort, vomissements, absence de selles et de gaz depuis trois jours. Que faire? Quelques signes de valeur douteuse vinrent heureusement peser sur ma décision.

La malade avait pris un bain et la paroi abdominale ne me semblait pas très dure.

Le médecin de la malade un peu partial peut-être, car il opinait fermement pour ne rien faire, me disait que la tension avait diminué. Le pouls, malgré sa fréquence, était vibrant et comme nerveux; il est vrai qu'au moment de mon départ, je le trouvai faible et déprimé. On m'apprit les phénomènes de parésie vésicale survenus en août et reparus tout récemment sous l'influence d'une piqûre de morphine.

Le nervosisme de la femme m'était, comme je l'ai dit, bien connu : c'était une constipée opiniâtre.

Bref, je me demandai s'il n'y avait pas là tout simplement des phénomènes d'atonie intestinale et d'obstruction simple, et finalement, malgré l'apparente gravité de la situation, je résolus de m'abstenir.

Mais il fut convenu qu'on ne resterait pas inactif.

Je prescrivis de donner immédiatement un second bain prolongé et le docteur Lacaille fut mandé par téléphone pour venir donner un lavement électrique.

Dès le soir, avant l'arrivée du docteur Lacaille, il y eut une émission gazeuse; après le lavement électrique une selle insignifiante. Le lundi matin, deuxième lavement : selle copieuse, relèvement du pouls, et depuis lors la guérison fut acquise et la grossesse suivit régulièrement son cours.

Après les accidents que nous avons constaté, M. Richelot et moi, les accidents de parésie intestinale disparurent peu à peu.

Je fus redemandé auprès de cette femme le 5 février; je la trouvai dans un état général excellent, qui ne rappelait nullement celui dans lequel je l'avais laissée le 8 décembre.

L'abdomen était beaucoup moins distendu, mais l'épaisseur de la paroi était telle qu'elle gênait l'exploration.

Il me sembla sentir un utérus développé transversalement un peu incliné à gauche, et remontant à un travers de main au-dessus de l'ombilic.

Cette dame était très inquiète parce que, depuis la crise de décembre, elle ne sentait plus remuer le fœtus.

Je pratiquai l'auscultation assez difficilement, parce que la paroi abdominale était épaisse et parce que la malade, anxieuse, me demandait à tout moment si j'entendais les bruits du cœur.

Je lui répondis affirmativement, mais avec un doute d'autant plus grand qu'un bruit de souffle gênait l'auscultation et que le pouls de cette femme était fréquent à 110.

Au toucher, le col était élevé, un peu entr'ouvert.

Le mari, inquiet au sujet de cet accouchement, me pria de vouloir bien assister le confrère qui en était chargé.

Le 10 mars, je fus redemandé pour pratiquer chez cette femme une version par manœuvres externes; il avait semblé au médecin et à la garde sage-femme que le fœtus se présentait par l'épaule et qu'il y avait intérêt à corriger cette attitude vicieuse du fœtus.

En examinant l'abdomen, je constatai que la tumeur abdominale avait diminué de volume; l'auscultation ne me permit pas d'entendre les bruits du cœur. Il me sembla, au palper, sentir au-dessus de l'aire du détroit supérieur, une tumeur dure que je pris pour l'extrémité céphalique.

Dans la consultation qui suivit cet examen, je me refusai à toute tentative de version par manœuvres externes, qui me paraissait contre-indiquée par la mort du fœtus et par l'impossibilité de faire un diagnostic ferme de l'attitude du fœtus.

Dans les jours qui suivirent, je reçus à deux ou trois reprises la visite du mari, qui s'inquiétait de ne pas voir l'accouchement se produire; je lui expliquai que dans le cas de mort du fœtus, l'expulsion pouvait être retardée.

Le 20 mars, l'accouchement n'ayant toujours pas eu lieu, je demandai à examiner à nouveau la malade.

Je la vis une troisième fois en consultation le 23 mars.

La paroi abdominale avait notablement diminué, et surtout elle ne présentait plus la tension des jours précédents.

En pratiquant le toucher du côté droit de la femme, je sentis que le col ne présentait pas le ramollissement qui existe à la fin de la grossesse; il me sembla que l'utérus se détachait sur la gauche de la tumeur abdominale.

L'idée de grossesse extra-utérine prenait consistance.

Le palper et le toucher du côté gauche combinés, je sentis nettement un utérus augmenté de volume, dont le fond occupait l'extrême gauche du bassin en dépassant de deux travers de doigt l'aire du détroit supérieur.

Ces constatations précises, jointes à l'histoire de la

maladie, me permirent d'affirmer l'existence d'une grossesse extra utérine. Diagnostic confirmé par le Professeur Pinard, le 25 mars.

Je dois dire que la première fois que je vis cette dame, me basant sur les petites hémorragies qu'elle avait présentées, sur les accidents péritonéo-intestinaux qui se répétaient pour la deuxième fois, ma première pensée avait été qu'ils étaient dus à la rupture d'un kyste fœtal.

Cette hypothèse avait été écartée à tort pour des raisons diverses.

L'examen local ne pouvait permettre, lors de la crise de décembre, de faire ce diagnostic; mais, malgré certaines conditions défavorables, épaisseur de la paroi abdominale, difficulté de l'examen chez une femme pusillanime, le diagnostic aurait pu être fait lorsque j'examinai cette femme en février et en mars.

Il est donc probable que les accidents présentés par cette femme en décembre ne sont pas des accidents d'occlusion intestinale, ce sont plutôt des phénomènes de péritonisme ou des signes d'hémorragie s'étant produits à l'intérieur du kyste fœtal.

Aussi cette observation ne peut-elle rentrer dans le cadre des accidents d'occlusion intestinale au cours de la grossesse utérine; elle constitue cependant un document intéressant au point de vue du diagnostic différentiel entre la grossesse ectopique et les accidents d'occlusion intestinale survenant au cours d'une grossesse utérine.

Cette femme a été opérée le 7 avril, par la voie abdominale; les conditions m'ont paru favorables pour l'abla-

tion totale du kyste foetal. La guérison a eu lieu sans incidents.

Observation 21. — RUPTURE DE GROSSESSE
TUBAIRE EPANCHEMENT SANGUIN
DANS LE PETIT BASSIN
Accidents d'occlusion intestinale. Mort sans opération.

LITTAUER

Femme qui s'était toujours bien portée jusqu'alors, présente tout à coup des symptômes abdominaux consistant en douleurs intenses, vomissements, tenesme rectal, syncopes répétées. L'auteur voit la malade peu après le début des accidents. Il trouve le pouls petit, un peu augmenté de fréquence et une légère hémorragie vaginale.

Le ventre est sensible dans la région ombilicale, il pense à une occlusion intestinale.

On la conduit à l'hôpital pour l'opérer.

Diagnostic : perforation intestinale avec péritonite.

Elle meurt dans la soirée.

A l'autopsie, pas de trace de péritonite.

Un litre et demi de sang et de caillots dans le bassin, dus à la rupture d'une trompe gravide.

L'embryon avait à peu près trois semaines.

Observation 22. —CAS DE GROSSESSE EXTRA-
UTERINE Simulant une obstruction intestinale

JOHN WHEELER

Mme S..., âgée de 44 ans.

Une seule grossesse, vingt-trois ans auparavant, est prise le 6 mars au soir de douleurs abdominales et de vomissements, après ingestion d'huîtres.

Elle envoya chercher un médecin au milieu de la nuit. Il ne l'examina que le lendemain.

Malade couchée sur le dos, les jambes fléchies, anxieuse, les extrémités froides, claquant des dents, pouls à 140, consciente, douleur abdominale généralisée.

Arrêt des matières et des urines.

Vomissements incessants.

Soif extrême.

Cet état est attribué à l'intoxication alimentaire.

Le médecin apprend que les règles sont supprimées depuis le mois de décembre, en même temps que la malade constate une augmentation de volume des seins, un médecin consulté à cette époque déclare qu'il n'y a pas grossesse.

Le cas fut considéré comme une affection gastrique grave avec constipation et, après injection sous-cutanée de morphine pour calmer les douleurs et les vomissements, on prescrit des badigeonnages de thérébentine sur le ventre et on ordonne cinq grains de calomel à répéter six heures plus tard, s'il n'y a pas de selles.

Boissons glacées.

A six heures de l'après-midi, aucune amélioration.

Lavement thérébentine.

Huile de croton.

À 9 heures, même état.

Catétérisme qui ramène 400 grammes d'urine.

Nouveau lavement, toujours sans effet.

Le poulx est petit, irrégulier et faible.

Le lendemain, 8 mars, à dix heures du matin :

Mauvaise nuit.

Pas de sommeil.

Les vomissements continuent.

Les douleurs abdominales augmentent.

Il y a toujours arrêt des matières et des urines.

On administre de la teinture d'orange toutes les deux heures. Aucun changement.

On ordonne de sucer de la glace.

Pas de changement.

Sous-nitrate de Bismuth toutes les deux heures.

Même état.

Consultation avec le docteur Ryan; à minuit, les vomissements continuent.

On prescrit du sulfate de magnésie.

En voulant évacuer la vessie, on constate qu'il existe des pertes sanguinolentes par le vagin, ayant le caractère des règles.

On décide de donner à la malade deux grains de calomel avec un quart de grain d'opium à répéter toutes les deux heures.

Le 9, à dix heures du matin, pas d'amélioration.

Pas de matières ni d'urine.

À deux heures de l'après-midi, on administre avec un

long tube un lavement de sulfate de magnésie, qui revient légèrement coloré.

A quatre heures, même lavement, qui ramène une légère quantité de liquide fécal.

A 8 heures, même état : la malade refuse le lavement.

Le 10, à dix heures, mauvaise nuit, sans repos ni sommeil.

Elle vomit immédiatement tout ce qu'on lui donne à absorber.

L'abdomen est tympanique et douloureux.

Lavement avec teinture d'opium, dont une partie seulement est retenue.

Morphine, qui calme un peu les douleurs et les vomissements.

A dix heures du soir, elle est suffisamment consciente pour accepter une piqûre de morphine.

Le 11 mars, exitus à trois heures du matin.

Autopsie douze heures après. Le corps est encore chaud.

Incision verticale xiphopubienne avec incision horizontale à mi-distance des extrémités.

L'attention est attirée par deux grands caillots noirs, siégeant dans les replis de l'iléon. On les enlève facilement.

L'estomac est extirpé, on y trouve des débris alimentaires, pas d'inflammation, la muqueuse est saine.

Le grêle et le gros intestin sont enlevés, soigneusement examinés et trouvés sains, ainsi que l'appendice. Le gros intestin est vide. La vessie contient 200 grammes d'urine.

Tous les autres organes : foie, rate, rein, péritoine, sont normaux.

Mais, dans la région inguinale gauche, on trouve une tumeur de forme ovoïde plus grosse que l'utérus (dont la dimension est normale) de couleur rouge foncé, noyée dans des caillots, correspondant à un développement anormal de l'ovaire gauche.

Après avoir enlevé les caillots et le sang, on s'aperçoit qu'il existe un embryon mâle de huit semaines environ, long de trois inches. On enlève la tumeur, l'utérus et les annexes *en masse*. En examinant la tumeur, on trouve une fissure à sa partie postérieure, par où, sans aucun doute, l'hémorragie s'était produite.

L'extrémité frangée de la trompe est attachée à l'ovaire, les franges ayant disparu.

L'ovaire et la trompe droits sont *normaux*.

L'ovaire présente plusieurs follicules de Graaf à tous les stades et un corps jaune très bien marqué. ..

Observation 23. — GROSSESSE PERITONEALE
ayant évolué sans complications jusqu'au huitième mois
et ayant déterminé à cette époque des signes
d'Occlusion intestinale

ROBIOLIS, LORIOT & BRAHIC

Le 28 janvier 1922 entrant à la clinique obstétricale (service de M. le Professeur Guérin-Valmale), une femme de 34 ans, enceinte de huit mois.

Rien à signaler dans les antécédents de cette femme, réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans et demi, mariée à l'âge de 24 ans, veuve à 26, remariée depuis un an; elle n'avait eu aucune grossesse antérieure à la grossesse actuelle.

L'histoire de la grossesse de cette femme présentait plusieurs points intéressants :

Dernières règles du 15 au 20 mai 1931.

Perception des mouvements actifs en octobre (quatre mois et demi), pas de vomissements, mais :

1° En août, troisième mois de la grossesse, pertes sanguines abondantes ayant duré trois jours.

2° Le 15 décembre (six mois et demi), le col utérin apparaît à la vulve et reste en prolapsus.

3° Le 30 décembre (septième mois) de vives douleurs sont perçues par la femme dans son flanc gauche ; elles diminuent d'intensité au bout d'une dizaine de jours, mais ne disparaissent pas complètement ;

4° Constipation très marquée depuis le début de la grossesse.

Le 25 janvier 1932, cette femme est examinée par le docteur Robiolis. Le col utérin est à cinq centimètres environ hors de la vulve. Le ventre est volumineux, la région stomacale tympanique.

Le palper difficile ne permet pas de délimiter nettement le fond utérin, ni de préciser la position d'un fœtus, dont les petites parties paraissent cependant superficielles.

Pas de contractions utérines, malgré un palper prolongé.

Auscultation positive au niveau de l'ombilic.

Le docteur Robiolis pense à une grossesse péritonéale et envoie la femme à l'hôpital.

Le 28 janvier 1922, la femme est examinée dès son arrivée à la clinique. Le diagnostic du docteur Robiolis semble probable sans qu'on puisse l'affirmer, *l'état de la femme ne paraît pas inquiétant ; elle est mise en observation.*

Le 2 février, l'état général de la malade s'est sensiblement aggravé, la constipation persiste malgré un traitement énergique. Température 38°,2, pouls 100.

La paroi abdominale plus souple permet mieux le palper, celui-ci montre :

1° Pas de présentation au détroit supérieur ;

2° Dans la partie supérieure de l'abdomen, à droite, une masse ronde, dure, qui ne ballote pas, c'est une tête.

A gauche, des petites parties et une masse volumineuse irrégulière qui paraît être un siège.

Entre la tête et le siège, transversalement, un plan dur : le dos ;

3° Pas de contractions utérines perceptibles à travers la paroi abdominale, malgré un palper prolongé.

L'auscultation permet d'entendre les bruits du cœur fœtal dans la paroi supérieure de l'abdomen, le long du plan dur trouvé par la palpation.

Le toucher permet de sentir, se continuant avec le col utérin, une masse musculaire de la grosseur du poing, qui par instant durcit, se contracte : c'est un utérus.

Dans le cul de sac altéral gauche, il permet aussi de sentir un cordon musculaire : le ligament rond gauche.

Le diagnostic est alors fermement porté de :

Grossesse péritonéale au huitième mois ; fœtus transversal dans la partie supérieure de l'abdomen, tête à droite, siège à gauche, dos en avant.

Utérus légèrement hypertrophié en prolapsus.

Probablement, les annexes du côté gauche sont intactes et la grossesse a évolué aux dépens du pavillon de la trompe droite.

Le 2 février, à 19 heures, l'état général s'aggrave.

Les symptômes de réaction péritonéale et d'occlusion intestinale font leur apparition. Température 38°4, pouls 152 avec intermittence sur douze pulsations ? Respiration rapide 52. Un peu de hoquet. Pas de matières ni de gaz dans la journée.

L'intervention est décidée et a lieu le 3 février.

Début de l'intervention à 9 heures du matin.

Dès le début de l'anesthésie, la malade a d'abondants vomissements porracés.

1° Incision de la paroi et ouverture de la cavité abdominale sur la ligne médiane, longueur de l'incision vingt-six centimètres au-dessous de l'ombilic.

Un jet de liquide jaune citrin contenant des particules d'enduit sébacé s'écoule.

Immédiatement au-dessous de la paroi abdominale, se trouve une membrane fibreuse encadrée en haute par l'estomac et le colon transverse, très distendue à gauche par les anses du grêle : c'est la paroi antérieure de l'œuf.

Le péritoine viscéral recouvert d'enduit sébacé en certains points, présente en d'autres de larges plaques de dépoli.

2° Extraction de l'enfant.

M. le professeur GUERIN trouve dans le côté gauche de l'abdomen une large déchirure des parois de l'œuf, qui lui permet d'extraire l'enfant. Deux pinces sur le cordon qu'on sectionne et l'enfant est confié à une sage-femme.

3° Pédiculisation de la masse placentaire et extraction.

Section d'une large adhérence de l'épiploon à la masse placentaire hors de l'abdomen. Elle tient en bas au plancher pelvien, côté droit, par un pédicule large comme deux poignets ; celui-ci est fragmenté en plusieurs portions liées séparément et sectionnée, puis la masse placentaire est enlevée en bloc.

4° Toilette péritonéale et suture de la paroi, fin de l'intervention à 9 h. 45.

La malade a eu quelques vomissements fécaloïdes à la fin de l'intervention. Son pouls est à 130, il présente moins d'intermittences qu'avant l'opération ; mais cette amélioration n'est que temporaire, les vomissements recommencent vers 14 heures et à 16 heures elle meurt.

L'enfant extrait étonné a été ranimé assez rapidement. Du sexe féminin, il pèse trois kilos cinquante grammes. Il présente un peu d'asymétrie de la tête et un pied bot vârus équin gauche, légèrement marqué. Il s'alimente assez difficilement les 3 premiers jours, puis plus facilement les jours qui suivent. Il a été pris par sa famille le dixième jour ; il pesait deux kilos huit cent-cinquante grammes, son poids était en progression constante depuis trois jours.

La masse placentaire est ovale très épaisse, du poids de quatorze cent trente grammes.

Le cordon a trente-cinq centimètres de long, il naît par de nombreuses et grosses ramifications par une inser-

ton velamenteuse du bord droit de la masse placentaire.

La paroi antérieure de l'œuf est épaisse, la paroi postérieure plus mince, contourne en arrière le placenta, qui paraît s'être invaginé dans l'œuf, depuis la rupture de la grossesse.

L'autopsie a permis de voir que la cavité péritonéale nette ne contenait pas de sang. Elle a permis de retirer un utérus gros, globuleux, du poids de trois cent dix grammes, contenant une caduque épaisse. La trompe jaune est intacte ; l'ovaire gauche présente un corps jaune.

Du côté droit, il ne reste plus, attachant à l'utérus, qu'un fragment de trompe ; l'ovaire et le pavillon ont été enlevés au cours de l'opération avec la masse placentaire.

Observation 24. — GROSSESSE ABDOMINALE FISSUREE. Simulant une occlusion intestinale

DESGOUTTES

Je vous présente les pièces recueillies au cours d'une laparotomie faite pour parer à des accidents d'occlusion intestinale.

Il s'agissait en réalité d'une grossesse abdominale ayant donné une hémorragie abondante.

La rareté du fait m'a engagé à vous rapporter cette observation.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 39 ans.

Elle a toujours eu une bonne santé. Ses antécédents

pathologiques héréditaires et personnelles sont nuls ou à peu près.

Elle est mariée depuis 16 ans.

Toujours elle fut bien réglée.

Peut-être au début de son mariage, aurait-elle eu une fausse couche. Elle eut à cette époque un léger retard de règles, qui fut suivi, dit-elle, d'une perte un peu abondante, qui se tarit spontanément. A signaler, quelques vagues douleurs abdominales, auxquelles elle porta peu d'attention étant donné leur peu d'intensité.

L'affection actuelle paraît remonter, si l'on veut suivre méthodiquement l'enchaînement des faits, au mois de novembre dernier 1910. Depuis cette époque, elle aurait eu quelques crises de coliques mal définies que je peux rapporter après coup au début du développement de l'œuf.

A la fin du mois de février, des phénomènes abdominaux graves apparurent, qui évoluèrent en deux stades ;

Une première crise très aiguë, véritable ictus abdominal, survint le 22 janvier : douleurs vives, vomissements, tendance à la syncope.

Un médecin appelé fit le traitement symptomatique qui calma ces accidents. La malade se leva le lendemain et pendant toute la semaine put vaquer aux soins de son ménage.

Huit jours après 30 janvier, nouvelle crise douloureuse avec vomissements. L'état de la malade s'aggravant, on l'apporte à l'Hôtel-Dieu.

En qualité de chirurgien de garde, je fus appelé à voir celle-ci à 7 heures du soir.

Je trouve une femme souffrant atrocement, le visa-

ge fatigué, un peu pâle. Les vomissements sont fréquents. Le ventre est ballonné. Il semble que l'on perçoive un peu de péristaltisme intestinal à droite. La suppression des selles et des gaz est complète.

Le pouls est rapide (120), mais assez tendu - T° 36-8.

Le toucher vaginal est négatif.

La malade se laisse peu examiner ; elle pousse des cris lorsque l'on palpe l'abdomen ou que l'on examine ses culs de sac.

Le toucher permet cependant de constater qu'il existe quelques pertes rouges brun sans caillots. Ces pertes me firent chercher les signes réflexes de la grossesse, qui furent négatifs.

Sans pouvoir faire un diagnostic, je quitte la malade en ordonnant la glace sur l'abdomen et une piqûre de morphine.

A dix heures, cinq heures après, nouvel examen, les douleurs n'ont pas été calmées.

Le péristaltisme dans la fosse iliaque est très net maintenant. Le cœcum paraît très distendu.

En présence de cet état, je pratique une laparotomie médiane, croyant avoir affaire à un volvulus.

Opération simple. A l'ouverture du ventre, je trouve un cœcum énormément distendu. Je le refoule et immédiatement des caillots nombreux sourdent du pelvis. Il s'agit d'une grossesse tubaire rompue.

Je saisis l'utérus, les deux trompes, celles-ci ne sont pas gravidées. Je vide alors complètement le Douglas, après avoir mis la malade en position renversée et refoulé l'intestin avec des compresse. Une grande quantité de caillots

est retirée (un plein chapeau au moins) pas de sang liquide.

A ce moment, je vois un œuf greffé sur la face postérieure du ligament large. Il n'est pas rompu. Je le décolle, il crève au cours des manœuvres. Le placenta est retiré assez facilement et sans grande hémorragie.

J'examine les annexes, à droite, rien, un ovaire très prolabé. A gauche, un pysoalpinx refroidi, je l'enlève entre deux ligatures, sans toucher à l'utérus.

Fermeture du ventre, sans drainage, après avoir exprimé le cœcum, qui se vide de contenu gazeux par les simples pressions.

Suites très simples, sauf au deuxième jour, où le ballonnement a réapparu. J'hésite un peu à faire un anus cœcal, mais l'état étant excellent, j'attends vingt-quatre heures en surveillant la malade.

Le lendemain, tout était rentré dans l'ordre.

Voici les pièces : le fœtus paraît un fœtus de trois mois et demi environ. Le placenta est entier. La trompe gauche est distendue par du pus refroidi presque séreux.

Cette observation est un cas type de grossesse abdominale vraie, ayant simulé par le décollement de l'œuf une occlusion intestinale. Peut-être aurait-on pu faire le diagnostic, mais j'avoue, quoique y ayant pensé, m'être laissé influencer par les signes de volvulus.

Je serai bref dans les réflexions que m'a suggérées l'histoire de cette malade :

1° Et d'abord, j'insiste sur le caractère nettement abdominal de cette grossesse.

Il ne s'agit pas d'une grossesse tubaire interne rompue,

la trompe droite étant intacte, l'œuf était greffé en pleine cavité pelvienne sur les accotements du Douglas. Une très petite bande reliait le placenta à l'ovaire prolabé. Peut-être s'agit-il d'un œuf fécondé sur l'ovaire entraîné par son poids et fixé sur le péritoine. Cela est possible. Cette fixation a dû se faire d'une façon très précoce.

2° Le syndrome d'occlusion intestinale était au complet.

On signale toujours dans les ictus abdominaux qui caractérisent les ruptures tubaires dans la grossesse extra utérine où la fissuration ou le décollement de l'œuf, des phénomènes réflexes d'occlusion, mais ils n'atteignent pas en général ce degré et il existe des signes d'hémorragie interne plus marqués.

Cette occlusion rentre dans le cas des occlusions par fermeture des angles du colon. La distension augmente la coudure et la coudure augmente l'occlusion : c'est un cercle vicieux. Que les gaz viennent à passer et tous les phénomènes s'amendent. Il s'est passé pour l'angle droit ce qu'Adenot a décrit pour l'angle gauche.

II. OCCLUSIONS VRAIES

Observation 25. — C. MULLER et Ch. OBERLING

Il est phénomène fréquent, mentionné de longue date par Pinard, que le sac tubaire peut provoquer par com-

pression du gros intestin des symptômes d'occlusion intestinale.

Nous avons eu l'occasion tout récemment d'assister le docteur Zimmermann de Mulhouse pour un cas d'iléus combiné à une grossesse ectopique. La trompe gravide a été le point de départ d'un iléus de l'intestin grêle.

Observation. — Mme. C. G., 28 ans, mariée depuis 8 ans, a eu deux enfants.

Dernières règles normales il y a trois mois.

Six semaines après la dernière indisposition, violentes douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté droit, accompagnées de pertes utérines moyennes.

Dans les semaines qui suivent, les pertes minimales continuent avec de légères crampes.

Douze semaines après la dernière menstruation, la malade ressent une vive douleur du côté droit dans le bas ventre, accompagnée de *vomissements*, *absence de matières et de gaz*.

Ce n'est que trois jours après l'apparition de ces symptômes alarmants que la malade est opérée.

Dans la cavité abdominale, se trouve un peu de liquide séro-sanglant.

Les anses du grêle sont très distendues.

La bride d'occlusion est formée par une anse de l'intestin grêle, dont le sommet s'est accolé à une tumeur sise dans la corne droite de l'utérus.

Cette tumeur a la grosseur d'une pomme.

En-dessous de la large bride intestinale, un gros paquet d'anses grêles est allé s'engager.

Extirpation de la tumeur et de la trompe droite.

L'anse intestinale adhérente à la tumeur est réséquée à cause des modifications prononcées de la paroi.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une grosse isthmique.

Poche remplie de caillots sanguins, sans trace d'éléments choriaux.

Phénomènes d'organisation en pleine activité.

Réaction déciduale intense de la paroi, qui en un point est complètement dissociée par du sang.

L'intestin accolé à la trompe montre une réaction inflammatoire de la séreuse et de la sous-séreuse, avec présence de nombreuses cellules déciduales.

Dans ce cas, nous ne constatons, ni rupture de la trompe suivie d'inondation péritonéale, ni avortement tubaire avec formation d'hématocèle, mais une usure progressive de la trompe gravide, due au pouvoir érosif des villosités chorales (perforation miliaire d'après Aschoff).

Les trophoblastes arrivés à la surface de la trompe détruisent la séreuse en différents endroits.

De ces pertuis minuscules, s'échappe une petite quantité de sang. Des dépôts de fibrine ne tarderont pas à boucher les petites brèches, mais de nouvelles trouées se feront dans la suite et toute cette région devient rapidement le siège d'adhérences étendues.

Observation 26. — HEMATOCELE EXTRA-
PERITONALE DANS LE LIGAMENT LARGE

L. TAIT

Malade régulièrement réglée, qui n'avait pas eu d'enfants.

Occupée à un jeu de société, elle ressentit subitement une violente douleur dans le bassin et les symptômes s'aggravèrent si rapidement que 4 heures après le début, elle était dans le collapsus.

Présence d'une grosse tumeur ovoïde bien limitée, très dure, dépassant le niveau du bassin.

Son sommet était complètement immobile, car l'épanchement suivait le pourtour du bassin et entourait complètement le rectum.

Laparotomie le lendemain : On retire de la cavité du ligament large près de 2 litres de caillots et un fœtus avec un placenta d'environ neuf semaines.

Suture des parois du kyste aux bords de la plaie abdominale.

Guérison rapide.

L'épanchement sanguin causait l'obstruction complète du rectum par constriction annulaire.

Observation 27. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
HEMATOCELE RETRO-UTERINE
OCCLUSION INTESTINALE
LAPAROTOMIE - GUERISON

PRENGRUEBER et VICENTE

Femme âgée de 30 ans, employée de magasin, dont les antécédents morbides ne présentent rien de bien spécial. Elle n'a pas eu d'enfants.

Ses règles avaient toujours été régulières, lorsqu'en juillet dernier elle éprouva un retard qui persista jusqu'au 1^{er} août sans déterminer aucune espèce d'accidents.

A cette époque, la malade éprouva brusquement dans le bas-ventre des douleurs d'une grande intensité, en même temps qu'elle constata un léger écoulement de sang par la vulve.

Ces phénomènes furent de courte durée, et dès lendemain la malade revenait à son travail, malgré la persistance de l'écoulement sanguin.

Le 8 août, la même crise se reproduisit, avec pertes plus abondantes ; les douleurs sont surtout marquées dans le flanc gauche.

A ce moment, l'état général de la malade ne paraît pas très mauvais et ses diverses fonctions s'exécutent convenablement. On ne constate ni fièvre, ni nausées, ni vomissements.

L'état de la malade reste stationnaire jusqu'au 11 septembre. A cette époque, la malade vomit brusquement

une pleine cuvette d'un liquide brunâtre. Ces vomissements se renouvellent en grand nombre de fois dans la journée, alors que les garde-robes se suppriment.

Le 12, malgré l'emploi méthodique des moyens usités en pareille circonstance (purgatifs, lavements, cathétérisme du rectum) les vomissements sont plus abondants, d'aspect et d'odeurs fécaloïdes. En même temps, l'état général s'aggrave.

L'anxiété est extrême, les traits se creusent, les yeux s'excavent, le pouls est petit, fréquent, serré, la respiration haletante, la peau des extrémités est froide, bleuâtre ; la voix s'obscurcit. Evacuation alvine, abondante, sans soulagement.

A partir de ce moment, la constipation est absolue pour les matières et les gaz.

L'abdomen est dur, tendu, indolore. Lorsqu'on déprime sa paroi, on arrive sur une tumeur volumineuse occupant tout le flanc gauche, dépassant même la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est assez régulière, mate, dure, rénitente ; fluctuante en certains endroits plus accessibles.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le rectum, il semble que sa cavité soit remplie d'une tumeur volumineuse régulière, également rénitente et si l'on combine le toucher rectal et le palper abdominal, on ne tarde pas à se persuader que la tumeur rectale n'est que la partie inférieure de la tumeur abdominale. On constate de plus très nettement la fluctuation.

Le toucher vaginal montre l'utérus refoulé en avant

et immobilisé derrière le pubis. Le col set entr'ouvert et ses parois n'ont pas leur dureté normale. Le cul de sac postérieur fait une saillie convexe.

Le 13 septembre, l'état général s'aggrave ; l'aspect de la malade est celui d'un cholérique à la période algide.

M. Prengrueber vit la malade à ce moment et nous décidâmes de pratiquer immédiatement la laparotomie : il s'agissait d'une tumeur liquide occupant à la fois le bassin et la partie inférieure de l'abdomen et comprimant le canal intestinal en un point indéterminé de son trajet. Quant à la nature de cette tumeur, nous pensâmes à un abcès, un kyste ou une hématocele.

La paroi abdominale fut incisée à deux travers de doigt à gauche de la ligne blanche et parallèlement à cette ligne dans une étendue de 6 à 8 cm ; l'incision se trouvait ainsi sur le point culminant de la tumeur, à égale distance de l'ombilic et du pubis.

L'abdomen ouvert, nous nous trouvâmes en présence d'anses intestinales ayant sensiblement leur aspect normal.

Celle des anses que nous avions immédiatement sous les yeux, fut déroulée avec précaution dans une étendue d'environ 15 centimètres par des tractions faites de droite à gauche.

Cette première manœuvre nous ayant démontré que l'intestin cédait sans difficulté, qu'il conservait son aspect normal, nous en conclûmes que nous nous éloignons de l'obstacle.

Nous fîmes alors rentrer immédiatement la partie sortie et nous reprîmes des tractions en sens inverse.

A peine 8 à 10 centimètres étaient-ils déroulés, que

nous reconnûmes l'impossibilité de continuer. Deux doigts furent alors introduits dans le ventre, du côté gauche, à la recherche de la cause de cet arrêt et ils ne tardèrent pas à arriver sur une masse qui donnait la sensation d'anses agglomérées et réunies par des adhérences. Ces adhérences furent décollées sans difficulté et nous sentîmes l'intestin se libérer peu à peu de la gangue inflammatoire dans laquelle il était emprisonné, lorsque nous vîmes s'échapper au dehors un flot de liquide de couleur chocolat, dans lequel nous n'eûmes pas de peine à reconnaître un épanchement sanguin, ayant subi les modifications habituelles du sang contenu dans les séreuses. L'aspect du liquide, sa situation dans le petit bassin, ne nous permettait plus d'hésiter sur la nature de la tumeur. « Il s'agissait d'une hématocele retro-utérine volumineuse, dont le contenu se vidait à la suite de la rupture des adhérences intestinales qui en limitaient la partie supérieure. Il sortit plus de 500 gr. de liquide.

Lavage, drainage, pansement.

Le lendemain : selles, pas de vomissements, état général relevé ; sondage pour uriner ; ictère hémaphéique intense dû à la résorption d'une partie de l'épanchement.

L'état général s'améliore de plus en plus et quinze jours après la malade se levait.

Six semaines après : règles, l'utérus est normal et les culs-de-sac également.

La malade est guérie.

Observation 28. — OBSTRUCTION INTESTINALE
DUE A UNE GROSSESSE TUBAIRE

WALTON - MARTIN

Il s'agit d'une femme de 24 ans, qui entre le 17 juillet 1908 à l'hôpital Saint-Luc.

Trois jours avant son admission, elle fut prise d'une violente douleur abdominale, qui persista et fut si intense que le jour suivant elle s'évanouit.

Elle devint de plus en plus faible et quand elle fut admise à l'hôpital, elle était en état de collapsus.

Depuis le début de la crise, constipation opiniâtre et vomissements incessants.

Ballonnement abdominal depuis 24 heures.

Avant cette maladie, la malade avait toujours eu une bonne santé.

Les règles étaient régulières, jusqu'à ces trois derniers mois. Depuis, elles sont irrégulières et, à plusieurs reprises, la malade note des petites pertes sanguines vaginales à intervalles irréguliers.

A l'examen, elle est en état de shock, très pâle, la peau froide et couverte de sueurs.

Le pouls est faible et rapide, l'abdomen météorisé et très tendu, le bas-ventre souple.

A l'examen vaginal, le col est mou, l'orifice admet la pulpe du doigt.

Sensation de plénitude dans le cul de sac postérieur.

La température est de 102 F.

Le pouls 140.

La respiration 24.

Le taux leucocytaire est de 11.300.

polynucléaires : 91 0/0.

hémoglobine : 35 0/0.

La malade est immédiatement préparée pour l'opération.

Sous anesthésie à l'éther, l'abdomen est incisé sur la ligne médiane, une grande quantité de sang noirâtre s'échappe dès l'ouverture du péritoine.

La trompe gauche paraît normale, quant à ses dimensions et son point d'attache avec l'utérus. Mais, près de l'ampoule, on sent une masse de la grosseur d'un œuf située et fixée au niveau du rebord pelvien.

La portion de l'intestin grêle située au-dessous de cette masse est aplatie, tandis que le segment sus-jacent est distendu.

En libérant cette masse et en l'énucléant à travers l'incision, on constate qu'elle est constituée par l'ampoule de la trompe, l'ovaire et un sac membraneux contenant le fœtus.

La masse suspendue à la portion terminale de la trompe avait évidemment comprimé l'anse intestinale, car au moment où on souleva la masse, les gaz passèrent dans la zone aplatie.

La paroi intestinale paraît normalement irriguée.

La trompe, l'ovaire et le fœtus sont extirpés et l'abdomen refermé.

À la fin de l'opération, la malade est en très mauvais état. Le poulx bat à 150 faiblement..

On fait une injection intraveineuse de sérum.

Le lendemain, il y a un mieux progressif. On observe une émission de gaz.

Le second jour, la malade a une selle.

Depuis ce moment, la convalescence est ininterrompue; la malade quitte l'hôpital le 9 août, vingt et un jours après l'opération.

La cause peu commune de l'iléus dans ce cas semble suffisamment intéressante pour être relatée .

**Observation 29. — Un cas de
GROSSESSE EXTRA UTERINE ABDOMINALE
de caractère exceptionnel**

J. SILVERSTONE

Le cas suivant nous paraît digne d'être rapporté.

Une femme de 32 ans fut admise à l'hôpital de Westminster, le 13 août 1926, pour un avortement de deux mois survenu dix jours avant son admission.

Le médecin qui l'avait soignée à ce moment avait fait un curettage; il affirmait qu'il avait tout ramené et montra le placenta à la malade.

Deux jours plus tard, la patiente ressentit une douleur du côté gauche et trouva à ce niveau une masse de la grosseur d'un œuf. Puis la masse augmenta de volume et la douleur devint plus intense.

Elle utilisa une boule d'eau chaude pour calmer la douleur et faire disparaître la masse.

A l'admission : température 99°2 F, pouls 98.

Malade très nerveuse, se plaignant de douleurs dans tout l'abdomen, qui est très sensible.

Légère contracture dans la fosse iliaque gauche.

Pas de pertes vaginales.

Les urines contiennent du pus.

Les mictions sont douloureuses.

Puis, tous ces signes s'amendent et la malade va tout à fait bien pendant les neuf jours qui suivent.

Le 22 août, brusquement, elle perd connaissance et commence à vomir.

Le faciès est très pâle.

Les sueurs abondantes.

Etat de collapsus marqué avec rapidité et faiblesse du pouls qui atteint 130.

En même temps, perte vaginale sanguinolente.

Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté et l'intervention est immédiatement pratiquée par M. Mul-laley, pendant que, simultanément, M. Price Thomas fait une transfusion sanguine.

On trouve la trompe gauche rompue dans presque toute sa longueur et on l'extirpe .

On ne trouve pas de trace de fœtus pendant l'opération.

La malade guérit et se porte bien pendant quinze jours.

Alors, soudainement, elle commence à vomir, son pouls monte à 130 et elle présente des signes évidents d'obstruction intestinale aiguë.

Elle est opérée par M. Price Thomas, le 6 septembre, qui trouve une anse grêle étranglée par une bride s'étendant d'un bord à l'autre du petit bassin.

La bride est sectionnée, l'intestin libéré.

Le côté gauche de l'abdomen allait être examiné, quand un fœtus d'environ trois quarts de pouce de long surgit de dessous la lèvre gauche de la plaie. Il présente un petit cordon ombilical conduisant à un placenta bien formé. Ce dernier est adhérent à des anses grêles, au colon ascendant et à l'épiploon. Il est séparé de ses attaches épiploïques et intestinales ; on revise les zones intestinales adhérentes, qui paraissent intactes.

La malade guérit très bien et complètement.

La suite des événements peut être reconstituée de la façon suivante :

La malade présentait une grossesse ectopique tubaire, qui fut prise pour un avortement banal et le médecin qui la curetta ramena un moule décidual.

A son admission à l'hôpital, elle eut une légère hémorragie par fissuration de la trompe de Fallope, qui fut suivie, 14 jours plus tard, d'une rupture complète nécessitant une intervention d'urgence.

A ce moment le fœtus fut précipité dans la grande cavité abdominale, s'y greffa et continua à se développer comme une grossesse abdominale secondaire, entraînant, quinze jours plus tard, des signes d'occlusion intestinale, qui obligèrent à la seconde intervention.

**Observation 30. — RUPTURE DE GROSSESSE
TUBAIRE. Signes d'OBSTRUCTION INTESTINALE
AIGUE. LAPAROTOMIE - MORT**

MARSH

Femme de 36 ans.

Signes d'obstruction intestinale aiguë.

La laparotomie montre que l'obstruction est due à des adhérences qui accolent des anses intestinales avec un large hématome occupant la région hypogastrique gauche.

La rupture des adhérences entraîne la déchirure de l'intestin, ce qui nécessite la résection d'une anse et l'entérorraphie.

On constate que l'hématome est dû à la rupture d'une grossesse tubaire du côté droit. La présence d'un kyste de l'ovaire droit explique le déjettement à gauche de la trompe et la formation de l'hématocèle de ce côté.

On enlève l'ovaire et la trompe du côté droit et on laisse la trompe gauche qui est saine.

La malade succombe au bout de vingt-quatre heures.

**Observation 31. — RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE
prise par une OCCLUSION INTESTINALE
dûe à l'obligeance de M. Descomp interne
de Monsieur le Professeur Reclus**

in thèse of BALZAGETTE

Femme X..., 30 ans, bonne santé, deux enfants.

Infection puerpérale au dernier accouchement il y a

deux ans. Depuis ce moment, annexite bilatérale ayant provoqué une ou deux poussées de péritonite légère et règles irrégulières.

Entre le samedi 15 novembre 1904, salle Chassaignac, lit 21, pour crise nouvelle ayant débuté le mercredi précédent et offrant tous les caractères d'une pelvi-péritonite annexielle, douleur diffuse, ballonnement du ventre, vomissement, température 38°5.

Examen à l'entrée : cul de sac postérieur libre.

Culs de sac latéraux à demi remplis par masses annexielles et péri-annexielles où l'on ne distingue rien.

Il est impossible de trouver le fond de l'utérus sur la paroi abdominale, qui est très distendue et se défend très vivement au moment de la palpation.

Miction facile, selles normales.

Pas de retard de règles. Elle a perdu plusieurs fois le mois dernier.

Opium et glace.

Pas de modification pendant trois jours, pas de vomissement; la température à 37°, sommeil, alimentation légère, etc...

Le jeudi suivant, sans aucun symptôme précurseur, la malade vomit abondamment un liquide verdâtre, mêlé de matières fécales. Aucune autre réaction au point de vue température et douleur; pouls rapide, hypotendu, pas de modification au toucyer, mais ballonnement, généralisé un peu moins considérable du ventre, avec sonorité hépatique.

Devant des signes d'occlusion avec possibilité de péritonite secondaire, M. Reclus conseille la colostomie iliaque

à la cocaïne, car l'état général faisait redouter le chloroforme.

L'opération est pratiquée aussitôt.

A l'ouverture du péritoine, notable quantité de sang noir, liquide, et quelques caillots.

Le chloroforme est aussitôt administré et l'on fait une laparatomie médiane exploratrice.

L'orifice supérieur du bassin est complètement fermé par un diaphragme d'adhérences, au milieu desquelles l'utérus, les annexes des deux côtés, l'intestin et l'épiploon.

Vers les annexes droites, un foyer hématique permet de localiser à ce niveau la grossesse ectopique rompue.

La décortication des adhérences épiploïques et intestinales est très laborieuse.

Lorsque le bassin est à peu près dégagé, on voit que l'utérus et les annexes gauches sont repoussés vers la gauche par les annexes droites, auxquelles adhère intimement une anse du petit intestin fortement coudée.

L'extirpation de l'utérus et des annexes est faite de gauche à droite, suivant le procédé de Kelly.

De cette façon, le paquet annexiel droit est parfaitement soulevé de bas haut et énucléé hors du bassin. Il est alors possible de séparer l'anse intestinale adhérente et l'ablation des annexes est achevée.

Le kyste fœtal rompu se trouvait au tiers externe de la trompe.

L'anse intestinale, après irrigation à l'eau chaude, semblant de solidité douteuse, l'anse sus-jacente dilatée a été placée sur une maquette de verre au niveau de la lapa-

rotomie latérale gauche, au cas où un anus iliaque deviendrait nécessaire.

Drainage du bassin, par trois gros drains, dont un vaginal.

Drainage de l'abdomen par deux autres drains et fermeture de l'incision médiane.

Sérum, caféine, éther.

Morte le lendemain.

**Observation 32. — UN CAS D'ILEUS
ASSOCIE A UNE GROSSESSE TUBAIRE
survenant une seconde fois du même côté**

F. HANAK

Je veux relater brièvement un cas douplement intéressant.

L'abord, à cause de la coexistence d'un iléus et d'une grossesse tubaire.

Ensuite, du fait que la grossesse survint pour la deuxième fois du même côté.

Le 12 mai 1919, on nous amène une femme de 31 ans, avec le diagnostic d'iléus.

Antécédents : Pas de maladies infectieuses, jamais d'écoulement par le vagin.

En 1915, grossesse normale.

Pas d'avortement.

Règles de type normal ayant début à l'âge de 16 ans.

En octobre 1915, la malade est amenée pour la pre-

mière fois dans cet hôpital, parce qu'on soupçonne un avortement imminent.

Expectative de trois semaines, le diagnostic ne s'éclaircissant pas.

Le 27 octobre, brusquement, signes d'hémorragie interne, qui, étant donné les symptômes antérieurs, font faire cette fois le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Laparatomie immédiate.

De la cavité abdominale jaillit du sang liquide.

Des caillots organisés entourent complètement l'utérus.

Le sac d'une grossesse tubaire droite est extirpé.

Pose de ligature sur les points qui saignent.

Nettoyage de la cavité des caillots qu'elle contient.

Fermeture avec drainage.

Ultérieurement, une fistule du grêle se forma, qui se ferma au bout de deux jours.

Le 12 mars 1916, la malade part guérie.

Après cette première opération, pas de règles. Elles finissent par s'installer, on ne sait exactement à quelle date.

Depuis trois mois, elles ont cessé de nouveau.

Actuellement, depuis deux jours, la malade présente de la rétention des matières et des gaz.

des vomissements bilieux,

des douleurs localisées dans la région utérine.

Etat présent: Température normale.

Pouls à 100, mou.

Abdomen tendu, ballonné.

Au-dessous de l'ombilic, au niveau de l'ancienne cicatrice.

trice, léger écartement des muscles droits, au niveau duquel se trouve une région de trois centimètres de diamètre d'une coloration bleue, avec un léger degré de fluctuation. La teinte des régions voisines n'est pas modifiée.

Pas de signes de grossesse.

Comme les signes d'iléus semblent graves: rapidité et petitesse du pouls.

Météorisme,

Absence de matières et de gaz,

Vomissements,

Et comme la malade est en état inquiétant de collapsus, on demande un gynécologue en consultation.

La région bleue mentionnée plus haut fit croire d'abord à un reliquat d'essai de réduction d'une hernie ayant pu faire saillie entre les muscles droits écartés, ce que nia la malade.

On fit alors le diagnostic de grossesse extra-utérine: (règles supprimées depuis trois mois, signes de collapsus et sensation de fluctuation à travers la paroi abdominale amincie, faisant penser à un épanchement de sang intra-abdominal).

Intervention: Incision médiane à droite de l'ancienne cicatrice.

Dans la cavité abdominale, on trouve une grosse quantité de sang artériel mi-coagulé mi-liquide.

Faisant saillie des annexes droites, une tumeur de la grosseur du poing, rompue, appartenant à la trompe droite.

Extirpation de la trompe, du sac et de l'ovaire lui attendant.

Péritonisation du moignon annexiel.

L'utérus est légèrement rétro fléchi.

La trompe et l'ovaire gauche sont indurés (salpingo-ovarite chronique), celui-ci présente un kyste de la grosseur d'une noisette.

Des anses grèles entourent les annexes gauches et deux d'entre elles adhèrent.

A droite, l'intestin grêle fait une coudure, laquelle est adhérente aux annexes droites.

On enlève les caillots.

Le grand épiploom présente sur une longueur de 5 cm. une adhérence à l'ancienne cicatrice qu'on libère.

On détruit également les adhérences des anses intestinales et des annexes.

Examen macroscopique de la trompe et de l'ovaire extirpés.

Celui-ci contient un corps jaune récent.

Quant à la partie ampullaire de la trompe, on y trouve un fœtus mâle, de 9 cm., âgé de 10 à 11 semaines environ, avec le cordon ombilical et le placenta.

La malade guérit et quitta l'hôpital le 1^{er} juin 1919.

La constitution de l'iléus est expliquée par les adhérences entre la grêle et les annexes des deux côtés.

Les adhérences ont dû se faire lors de la première intervention, à cause de l'existence des lésions chroniques de salpingo-ovarite d'une part, et d'autre part à la faveur du drainage post-opératoire assez long.

Le déclanchement des signes d'iléus a dû coïncider avec le moment de la rupture de la trompe gravide.

Celle-ci, en effet, a dû déterminer une paralysie de

l'intestin. Mais étant donné les coudures du grêle fixées par les adhérences, il y a tout lieu de penser que même la paralysie intestinale cédant, l'étranglement aurait fini par se constituer.

L'étiologie de cette ectopie gravidique répétée me paraît être la salpingo-ovarite chronique.

Quant à la coexistence d'iléus et de grossesse tubaire, je n'en ai point trouvé d'autre cas dans la littérature, d'ailleurs peu importante, que j'eus à ma disposition.

Observation 33. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
HEMATOCELE PERI-UTERINE
OCCLUSION INTESTINALE
LAPAROTOMIE - MORT

CARLE

Marguerite V..., âgée de 30 ans, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle-même a toujours été bien portante, réglée de bonne heure, l'a toujours été normalement.

Une grossesse à l'âge de 19 ans s'est régulièrement terminée par l'expulsion d'un enfant vivant.

Nouvelle grossesse il y a sept ans, terminée par une fausse-couche, au bout de trois mois.

Dernière fausse-couche, il y a quatre ans, au même mois. Ces deux fausses-couches se sont bien effectuées et n'ont été suivies ni d'hémorragie, ni de température.

Rien dans son histoire ne montre l'existence de la syphilis.

En somme, elle entre à la salle Ste-Anne avec l'histoire suivante :

Arrêt des époques depuis deux mois, apparition de douleurs il y a quinze jours, localisées d'abord à la région lombaire et qui ont pris le caractère de douleurs expulsives; métrorrhagies depuis six jours, restant stationnaires. Pas de phénomènes généraux.

A l'inspection, nous trouvons un ventre normal, non ballonné, sans vascularisation superficielle. Il se laisse facilement examiner et la douleur à la palpation est, en somme, peu marquée, diffuse, déterminée seulement par une forte pression et sans localisation spéciale.

La région lombaire serait plus douloureuse, surtout spontanément.

L'utérus dépasse le pubis.

La percussion ne nous apprend rien.

Au toucher, on trouve un col un peu gros, mou, entr'ouvert, sans cicatrices, ne saignant pas sous le doigt.

Les culs de sac latéraux sont souples, mais la pression forte sur la gauche détermine une certaine douleur.

Le cul de sac postérieur est occupé par une tumeur dure, rénitente, assez douloureuse et qui l'empâte surtout à gauche.

L'utérus est en retroversion, il est assez mobile, mais globuleux, et la pression entre le doigt vaginal et la main abdominale dénote un certain degré d'hypertrophie.

Rien au toucher rectal. Température à l'entrée 37° le matin et 38°5 le soir.

Rien aux autres organes, un peu d'albumine dans les urines.

Etant donné cet ensemble de symptômes, étant donné aussi que ses aveux sur les fausses-couches antérieures n'avaient été arrachés que tardivement et non sans peine, nous pouvions penser que nous étions en présence de suite de fausses-couches avec persistance dans l'utérus de débris placentaires.

Ce diagnostic nous parut confirmé lorsque deux jours après son entrée, on trouva dans les pertes sanguines un débris membraneux assez volumineux.

Repos, lavages vaginaux, lavements laudanisés, chloral.

Trois jours après, la température monte et se maintient à 39° pendant les trois jours qui suivent.

Le 16 décembre, l'intervention a lieu par un curettage aussi complet que possible de l'utérus.

Le lendemain, la température est tombée, mais l'état général s'aggrave :

Le faciès tend à devenir péritonéal.

Le ventre se ballonne et devient beaucoup plus douloureux avec des irradiations lombaires violentes.

22 décembre. — Les phénomènes s'accroissent, la température remonte à 40° pour y persister.

Le ballonnement abdominal augmente et des vomissements font leur apparition au nombre de trois ou quatre.

Dans la journée, on tente une intervention par le vagin.

Cette intervention se justifiait d'autant plus que le

toucher dénotait un cul de sac postérieur très empâté et beaucoup plus douloureux.

Entre les doigts placés dans le rectum et dans le vagin à gauche, on saisissait facilement une tumeur rénitente et assez volumineuse.

L'exploration était très douloureuse.

L'opération est pratiquée le 23 décembre par M. Berard.

Une incision est faite dans le cul de sac postérieur et prolongée à gauche. Le doigt mis dans cette incision et l'élargissant, pénètre brusquement dans une cavité assez vaste, située en arrière et à gauche de l'utérus. Cette poche contient environ un litre de liquide hématique, couleur chocolat, strié de filets blanchâtres et qui s'échappe avec force. Quelques caillots lui succèdent.

On lave et on inspecte la paroi. Celle-ci est cloisonnée, tapissée, de ci de là, de membranes friables et saignantes, que le doigt décortique facilement et attire au dehors.

Elles rappellent absolument l'aspect du placenta.

Le fond de la cavité débarrassée, donne au doigt l'impression d'anses intestinales agglutinées.

Lavage, drainage à la gaze iodoformée et pansement.

Les premiers résultats furent bons. Les douleurs diminuèrent rapidement, le ventre redevint souple, la température redescendit à 37°5 et oscilla autour de ce chiffre pendant une douzaine de jours, la malade reprenait de

l'appétit, recouvrait des forces et tout semblait annoncer une heureuse terminaison, mais vers le quatrième jour, le ventre reprenait un aspect inquiétant. La malade n'avait pas été à la selle depuis trois ou quatre jours, malgré les lavements et les purgations, qui ne faisaient qu'occasionner de violentes coliques.

Le ventre devenait très douloureux, se ballonnait, momentanément d'abord, définitivement ensuite.

Quelques vomissements, des coliques de plus en plus fortes, un état général mauvais sans température; en somme, des phénomènes dénotant qu'il y avait obstruction des voies intestinales tenace et persistante, en tous cas suffisante pour déterminer une nouvelle intervention.

La laparatomie est faite le 12 janvier au soir par M. Berard. On trouve l'intestin grêle très distendu et fixé par plusieurs anses au bassin et à ce qui reste de la poche hémato-célique.

Etant donné la multiplicité et la hauteur des adhérences, on ne peut songer à faire un anus contre nature et on cherche à les détruire et à mobiliser l'intestin. On arrive très facilement à libérer une anse; mais derrière elle, s'en trouvent trois autres accolées et impossibles à dégager.

Dans les tentatives de libération, l'une d'elles se déchire sur une longueur telle que l'on est obligé d'en réséquer 15 cm. pour placer un bouton de Murphy. L'opération est rapidement terminée par un mickulicz.

La malade meurt le lendemain.

Observation 34. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
datant de 7 ans. Accidents d'étranglement interne
LAPAROTOMIE - MORT

NOTTA

Mme X..., 40 ans, entre, le 26 mars 1883, à 9 h. 1/2 du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Ste-Geneviève, service de M. Siderey.

Elle a toujours été bien portante et paraît d'une bonne constitution.

Réglée à 13 ans, mariée à 26, elle a eu trois enfants : le premier à 18 ans, le dernier à 30 ans.

Depuis cette époque, les règles sont régulières, abondantes, durant environ huit jours.

Il y a sept ans, en 1875, on constate dans le ventre une grosseur qui, après avoir augmenté progressivement de volume, reste stationnaire et telle que nous la trouvons aujourd'hui.

A ce moment, les médecins pensèrent qu'il s'agissait d'une grossesse.

Depuis un an, la malade est mal réglée; tous les mois, à l'apparition des règles et surtout quand celles-ci manquent, elle est prise de vomissements qui durent deux ou trois jours et la forcent à garder le lit.

Les dernières règles, qui devaient avoir lieu le 20 mars, ne sont pas venues; des vomissements alimentaires et fécaloïdes, puis des douleurs dans le ventre, survenues avant hier et dans la nuit du samedi au dimanche, la décident à entrer ce matin à l'hôpital.

Actuellement, nous constatons que la malade présente un refroidissement notable des extrémités, surtout des mains.

La température axillaire est de 36°5; le pouls 120, petit, fréquent.

Elle a du hoquet, des vomissements et rend quelques cuillerées d'un liquide jaunâtre d'odeur fécaloïde; en outre, pas de gaz par l'anus depuis 24 heures.

Le ventre ne présente pas un ballonnement considérable; il est même assez souple, et l'on constate une tumeur du volume d'une tête d'adulte, mobile et saillante, dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur s'étend à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; son diamètre transversal est de 22 cm. et son diamètre vertical 24 cm. au-dessus du pubis.

A la palpation, elle est ferme et dure; à la percussion, elle est mate. On perçoit la crépitation amidonnée sur sa partie latérale droite.

Le col est fortement porté en arrière, les culs de sac latéraux sont libres et la tumeur qui vient faire saillie dans le cul de sac antérieur paraît avoir des rapports de contiguité avec l'utérus, dont le corps est refoulé en arrière.

Cette exploration ne cause pas de douleurs à la malade, mais par moments elle est prise spontanément de crises douloureuses, de coliques qui se manifestent par une contraction violente de tout le bout inférieur de l'intestin, dont la saillie des anses distendues devient très visible.

Tout le paquet intestinal semble refoulé dans le flanc gauche, où la percussion indique une sonorité tympani-

que; le flanc droit, au contraire, en dehors de la tumeur, paraît affaissé et présente une sonorité beaucoup moins manifeste qu'à gauche.

M. Bouilly juge l'intervention nécessaire.

Etant donné la mobilité de la tumeur, il pense que l'occlusion intestinale n'est pas due à une compression directe, mais en tenant compte des accidents péritonéaux auxquels la malade est sujette depuis un an, il pense qu'il s'agit d'un étranglement interne dû à des brides péritonéales ou à des fausses membranes dont la tumeur aurait été la cause indirecte, et que c'est derrière elle et à droite qu'il faut chercher l'agent de l'étranglement.

Opération à 3 heures de l'après-midi.

Température 37°4. — Pouls 120.

Incision de l'ombilic à la symphyse.

La partie profonde de la paroi est adhérente à la tumeur et ne peut en être que très difficilement isolée.

L'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic, elle atteint 25 cm.

La tumeur est isolée lentement et à petits coups, c'est une masse blanche, adhérente à sa superficie avec tout ce qui l'entoure: elle se crève, il en sort un liquide huileux, jaunâtre.

Par la vue et la palpation, on reconnaît qu'il s'agit d'un volumineux kyste fœtal, d'une grossesse extra-utérine arrivée à un développement très avancé et ayant déterminé une péritonite chronique, qui a enkysté le produit de la conception au milieu des anses intestinales.

Sur la partie latérale droite, il y a adhérence intime

entre le péritoine épaissi, l'apiploon, l'intestin et la tumeur et c'est là le siège de l'étranglement.

La tumeur ne présente pas d'adhérences à l'utérus et à la vessie et elle peut être extraite d'une coque fibreuse d'un centimètre d'épaisseur, criant sous le scalpel, formée par le péritoine épaissi et développé au sein de la masse intestinale à laquelle elle adhère intimement en certains points.

C'est en s'engageant par une ouverture de cette poche en arrière de la tumeur et dans la fosse iliaque droite, que l'intestin paraît s'être étranglé, mais il est à peu près impossible de reconnaître quel est le siège exact de l'étranglement et cette recherche ne serait qu'inopportune.

Une fois l'étranglement levé, on voit les anses, qui étaient aplaties, se distendre et les gaz circuler librement dans la cavité intestinale.

Résection partielle de la capsule; les parties intimement adhérentes à l'intestin sont laissées en place; suture de la paroi. Durée de l'opération: 1 heure.

Le 27, température 38°. La malade est calme, mais elle vomit ce qu'elle a bu; elle a du hoquet, ni gaz, ni selles.

Le soir, la température est de 39, état nauséux continu; une piqûre de morphine.

Le 28, à 4 heures du matin, respiration irrégulière, pouls petit, fréquent, une piqûre d'éther. Etat comateux; mort à 8 heures 20, avec 40°5 de température.

Autopsie: les anses grèles sont très distendues. En les déroulant, on arrive sur une partie adhérente à la face postérieure de la capsule.

Au milieu des fausses membranes anciennes et mani-

festement étranglées, à 80 cm. de la valvule de Bauhin, le reste de l'intestin grêle et le gros intestin sont aplatis contre la paroi postérieure de l'abdomen.

Au niveau de l'étranglement, l'intestin forme une sorte de coude; *l'opération n'a donc pas levé tout l'étranglement*. On enlève l'utérus et ses annexes; l'ovaire et la trompe droits doivent être probablement compris dans les parois de la poche kystique.

Observation 35. — SUR UN CAS SINGULIER
D'ETRANGLEMENT INTERNE
DE L'INTESTIN GRELE
AVEC RUPTURE SIMULTANEE
D'UNE GROSSESSE TUBAIRE

VICTOR CARL IRK

Faisant abstraction d'autres cas de littérature, qu'il m'est impossible de rechercher en ce moment, je me borne à attirer l'attention sur un cas singulier d'étranglement de l'intestin coexistant avec un cas de rupture de grossesse tubaire.

Le cas me semble intéressant au point de vue diagnostique, parce que les symptômes se déroulèrent de façon concomitante et se superposèrent de façon telle qu'il fut impossible de les séparer.

Une femme de 28 ans, qui était atteinte de gonorrhée (infection des organes génitaux internes et arthrite gonococcique depuis trois ans), se présente avec les apparences d'une endométrite et annexite double.

On cache au médecin qui examine la malade avant son entrée à l'hôpital, que les règles étaient supprimées.

Il existait un écoulement purulent et sanguinolent.

La malade traitée, le gonocoque disparut du col et après vaccinothérapie, les annexes devenues moins enflammées, le médecin estima qu'un curettage était indiqué.

A ce moment, des douleurs et des signes réactionnels des deux annexes apparurent, qui donnèrent l'impression d'une pelvi-péritonite légère. Ces phénomènes disparurent après trois semaines de chaise longue et d'enveloppements chauds du bas-ventre.

La malade, à part quelques troubles minimes, se sentait bien.

Deux semaines plus tard, après une quinzaine de bien-être constant, la malade fut prise brusquement la nuit de douleurs intenses, localisées dans le bas-ventre.

L'état s'améliore spontanément dans les heures suivantes. Le lendemain matin, nouvelle crise douloureuse, s'accompagnant de vomissements, le ventre était tendu et douloureux.

La malade est transportée dans notre service.

Etat actuel : Etat général touché, pouls 140, filant polypnée. Tout le ventre est tendu et très douloureux à la palpation.

Toucher rectal et vaginal ne donne rien.

Recherche d'ascite en mettant la malade dans le décubitus latéral ne donne rien.

Vomissement bilieux et malodorant.

Rétention de matières et urines.

La cathétérisme ramène des urines claires.

Rien au cœur, ni au poumon.

Etant donné les signes de réaction péritonéale, on fait le diagnostic d'occlusion intestinale due à des adhérences et on pratique aussitôt la laparatomie.

Opération: Dès l'ouverture, on trouve le grand épiploon d'une longueur excessive, adhérant dans le petit bassin à l'utérus et aux annexes. La cavité abdominale semble partagée en deux par cette adhérence.

D'un côté, deux anses grêles sont étranglées.

Après libération des anses, qui, après être lavées au sérum, semblent saines, on trouve au niveau où se trouvaient les anses, un petit anneau resserré.

En soulevant l'épiploon, du sang rouge s'écoule à la pression à ce niveau en assez grande quantité.

On extrait, après avoir vidé le sang et les caillots, un fœtus, au même niveau, de quatre mois environ, et une masse placentaire.

La trompe droite, qui était fixée à la paroi abdominale latérale est fendue et littéralement coupée en deux.

On extirpe les annexes droites, résection de l'épiploon et péritonisation.

Injection de sérum physiologique.

La malade, extrêmement affaiblie, se rétablit rapidement.

Les fonctions intestinales se rétablissent en deux jours.

Guérison en huit jours.

Le mécanisme de la singulière occlusion des anses intestinales s'explique par la forte pression exercée par la masse de sang sous-jacente, qui fit pénétrer les anses dans

un anneau péritonéal et cette même masse empêcha leur glissement en arrière.

D'autre part, l'adhérence de l'épiploon agit comme un tampon et empêche une hémorragie plus abondante, qui serait devenue mortelle.

Ceci explique la rétrocession des symptômes d'hémorragie, qui, au début, apparurent graves. Que du sang n'eût pas passé au niveau de l'étranglement des anses ne peut s'expliquer que par la tension des anses dans leur orifice, d'étranglement.

L'occlusion intestinale survint douze heures après la rupture de la grossesse tubaire et ce sont les symptômes graves de l'occlusion qui permirent de faire le diagnostic et d'intervenir.

Observation 36. — VOLVULUS DU A UNE GROSSESSE EXTRA UTERINE

H. W. CATTELL

Le 25 mai 1893, les docteurs Stryker et Evans furent appelés auprès d'une femme atteinte d'occlusion aiguë.

Sept mois auparavant, elle avait présenté des signes pouvant être rattachés à une grossesse extra-utérine.

Ils posèrent le diagnostic de volvulus ou invagination et envoyèrent immédiatement la malade à l'hôpital pour y être opérée.

Malheureusement, le chirurgien n'eut pas le temps d'intervenir, car la mort survint aussitôt après l'hospitalisation.

Autopsie. — Grossesse extra-utérine droite.

Environ à 5 cm. de la valvule iléo-cœcale, l'iléon est solidement attaché en bas au sac extra-utérin, cependant sa lumière est perméable.

A 1 m. 20 plus loin, sur l'intestin, se trouve une bande de tissu conjonctif, ayant la forme d'un cordon et présentant le même aspect que les adhérences unissant l'iléon à la masse.

Cette bande est encore attachée à l'intestin à quelque 15 ou 20 cm. plus loin.

Une anse grêle sous-jacente à la bande, ayant tourné sur elle-même, d'une part, et d'autre part, ayant passé par dessus cette bride, se trouve étranglée par elle et sa lumière s'est obstruée.

Au-dessus du point de constriction, qui se trouve situé sur une ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, l'intestin est rouge, tuméfié, dilaté, turgescant, mais non gangrené et contient une grande quantité de matières semi-liquides.

A mon avis, cette dernière bande adhérait primitivement au sac extra-utérin de la même façon que la dernière portion de l'iléon, puis se détachant de la masse tubaire, il fut capable de se mouvoir librement dans la cavité abdominale.

Observation 37. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Mort du fœtus au quatrième mois

OBSTRUCTION INTESTINALE par compression

Extirpation du fœtus par incision périnéale. - Guérison

ROBERTSON

Le 29 mai 1885, je fus appelé auprès de Mme L. B... Elle était dans un état de collapsus assez marqué, avec nausées et sueurs profuses.

Agée de 33 ans, mère de deux enfants de 2 et 4 ans.

Bien réglée habituellement.

Les dernières règles datent de deux mois et demi. Depuis, des symptômes survinrent, qui lui firent supposer qu'elle était enceinte.

Le 22 mai, elle fut prise brusquement de douleurs intenses dans le bas-ventre, accompagnées de lipothimie et de vomissements.

La crise du 29 mai débuta par des douleurs identiques, localisées dans la même région, mais beaucoup plus fortes. Elle put cependant, quoiqu'avec beaucoup de difficultés, traverser sa chambre pour appeler à l'aide.

L'abdomen était à ce moment souple et peu tendu, l'utérus augmenté de volume et, dans le cul de sac gauche, il y avait une tumeur dont les caractères vont être décrits.

Dans les jours qui suivirent, le collapsus disparut, cependant que l'abdomen devint légèrement distendu et sensible à la pression, surtout dans la région hypogastrique, où la malade ressentait des douleurs aiguës.

Durant juin et juillet, la malade ressentit fréquemment des douleurs abdominales, à type de coliques intestinales, calmées par le repos au lit et déclanchées par la marche et les mouvements.

Elle eut deux crises semblables à la première, mais moins sévères, se traduisant par une légère distension abdominale douloureuse. Toujours pas de règles.

Le 24 juin et le 30, légères pertes rouges, mais à aucun moment on ne nota d'évacuation de membranes.

La tumeur, de la dimension d'une orange, siégeait à gauche de l'utérus, duquel elle était nettement séparée et semblait fixée au pelvis. Elle était sensible à la pression et me paraissait augmenter progressivement de volume en se déplaçant en haut et en avant, alors que l'utérus restait stationnaire.

Vers la fin de juillet, la tumeur sembla diminuer de volume, et le 12 août, la malade ressentit une douleur à l'épigastre rapidement généralisée à tout l'abdomen et suivie de vomissements et de nausées.

Le 13, nausées, vomissements bilieux et peu abondants, hoquet, arrêt des matières.

La distension abdominale augmenta ainsi que les douleurs.

Le 14, vomissements stercoraux pendant la nuit.

Matité sur le parcours du colon ascendant, tympanisme sur le trajet du transverse et du colon descendant. La malade présente les manifestations habituelles de l'occlusion intestinale. Malgré l'état syncopal, elle est extrêmement consciente et compare les douleurs ressenties à celles de l'accouchement.

Les lavements rectaux restent sans effet.

Les signes précédents firent penser à une grossesse tubaire et la diminution de volume de la tumeur à la mort du fœtus.

L'occlusion intestinale fut rapportée à une compression par le sac fœtal. Il fallait donc faire, plutôt qu'une colostomie, une intervention large, permettant à la fois d'extraire le sac et de libérer le colon.

Intervention le 14 août, à 6 heures du soir.

Anesthésie au chloroforme.

Incision par voie vaginale et par dissection bidigitale; aidé du bistouri, je pénétrai dans le sac dont je fis sortir quelques gouttes de sang rouge foncé.

J'élargis l'ouverture, introduisis le doigt dans une matière friable, qui semblait être des caillots sanguins décolorés.

En poursuivant l'opération, je tombai sur une substance d'apparence nettement placentaire.

Le fœtus fut enfin découvert et la masse totale put être extraite sans grande difficulté et sans grande perte de sang.

Je mis deux drains, mais à peine étaient-ils placés, qu'une hémorragie brusque et alarmante survint.

Une injection rapide d'eau très chaude arrêta l'écoulement sanglant.

.. Le 15 août : vomissements abondants de liquide malodorant.

Nuit bonne. Température 38°4 F.

Elimination de 5 à 6 onces de sang.

Les intestins commencèrent à fonctionner et après lavement les évacuations devinrent normales.

Le 16 août: émission de 4 à 5 onces de sang inodore pendant 24 heures; plusieurs selles pendant la nuit. La malade urine bien. Urines normales.

Poul 120.

Température 99,8 F.

Douleurs intestinales intenses.

On administre de l'opium.

Le 17 août : poulx 125.

Température 100,4 F.

Agitation toute la nuit.

Aucun écoulement par les drains jusqu'au matin, puis 2 onces de sang sont évacuées, amenant un grand soulagement à la malade. Ce sang a une odeur fétide.

Le 19 août: élimination de sang contenant de nombreux débris. On enlève les drains qui sont obstrués et avec eux s'évacuent beaucoup de débris placentaires et le cordon ombilical.

On fait de grands lavages de la cavité péritonéale toutes les deux heures.

Le 22 août, le liquide qui s'élimine du ventre, après lavage, n'est plus sanguinolent.

En introduisant mon doigt dans le ventre, je sentis le placenta adhérent et je réussis à le détacher sans déterminer d'hémorragie. Puis je le fragmentai et le retirai avec un forceps à polypes, puis je remplaçai les drains et fit refaire des lavages.

Le 23 août, température normale. L'état s'améliore.

Les débris qui s'éliminent au lavage ne sont pas purulents.

Le 1^{er} septembre, l'amélioration continue.

Le 6 septembre, la malade se lève.

Suppression des drains qui n'éliminent plus que quelques mucosités.

Le 28 octobre, les règles réapparaissent normalement.

Utérus en position normale.

Seul le cul de sac gauche est un peu induré.

Observation 38. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
Deux jumeaux avec un seul placenta
OCCLUSION INTESTINALE
ELYTROTOMIE. MORT

SCHWARTZ

Je fus appelé auprès d'une femme enceinte de cinq mois, atteinte d'occlusion intestinale telle que, depuis deux jours, la défécation était impossible malgré les essais de désobstruction très douloureux.

Elle avait eu huit accouchements normaux.

Je la trouvai agonisante.

Je fis une élytrotomie et trouvai dans le cul de sac de Douglas deux têtes de fœtus formant une tumeur appréciable par le palper au-dessus de la symphyse et proéminent dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

L'incision de la tumeur permit de reconnaître la présence de deux fœtus, auxquels faisait suite un seul placenta.

La malade se sentit soulagée dès l'opération, mais le

quatrième jour elle tomba dans un collapsus subit et mourut.

L'autopsie ne fut pas faite, mais le diagnostic de grossesse extra-utérine fut posé parce qu'aucun symptôme ne permit de croire à une rupture de l'utérus.

Observation 39. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
OCCLUSION INTESTINALE
LAPAROTOMIE. MORT
VOITURIEZ

Marie B... âgée de 32 ans, fileuse, entre à la Charité le 25 septembre 1885.

Cette femme a déjà fait un séjour dans le service de médecine au mois de juillet.

Elle y entra pour des accidents abdominaux, caractérisés par des vomissements alimentaires, puis bilieux, de la constipation, et une douleur localisée dans la fosse iliaque gauche, la pression à ce niveau étant très douloureuse.

Le toucher vaginal permit alors de reconnaître un col de multipare, non ramolli ; par le palper, on sentait au-dessus du pubis une tumeur arrondie, dépassant de plusieurs travers de doigt le bord supérieur de la symphyse.

Les règles étaient supprimées depuis environ trois mois.

Les symptômes péritoneaux ayant cédé, la femme fut envoyée en chirurgie.

Examinée à nouveau, on constata certains signes rationnels de grossesse, tels que pigmentation des aéroles,

augmentation de volume des seins, picotements au niveau des mamelons.

Le col conservait les mêmes caractères, mais il fut possible de sentir dans le cul-de-sac gauche, le poulx vaginal.

Le diagnostic fut : Grossesse anormale, sans que l'on pût aller au delà. La malade quitta le service quelques jours après, se trouvant améliorée.

Le 21 septembre 1885, elle rentre en médecine dans un état grave.

Le ventre est ballonné et douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite, la constipation est absolue depuis le 18, et les vomissements ont fréquents,

Urines normales.

Traitement : glace à l'intérieur, cataplasmes, une injection de morphine.

Le 22 : la nuit suivante fut mauvaise, vomissements, on fait des lavages d'estomac suivant la méthode de Kussmaul.

Le 23 : nouveaux lavages. Vomissements fécaloïdes.

Le 24 : on appelle en consultation M. le professeur Guérmonprez, chargé du service de la clinique chirurgicale.

On se décide à continuer jusqu'au lendemain matin le traitement médical, qui consistera dans l'administration de la belladone à doses fractionnées.

Le 25 : la malade est transférée en chirurgie.

Les vomissements ont persisté, ils sont encore fécaloïdes. Il n'y a pas eu de garde-robe bien que la malade ait pris 13cg. d'extrait de belladone.

Le faciès est fatigué.

Les douleurs abdominales sont très vives, surtout dans le flanc droit, au niveau duquel on perçoit de la submatité.

Ajoutons que le diagnostic de grossesse est démontré par le fait des mouvements actifs du fœtus qu'on sent assez superficiels ainsi que par les battements du cœur fœtal.

Les signes d'obstruction intestinale persistant, M. le professeur Guermonprez se décide à une intervention chirurgicale immédiate et appelle en consultation M. le professeur Duret.

A un dernier examen on constate, outre les divers symptômes déjà décrits, que le doigt introduit dans le rectum, ne peut pénétrer dans sa totalité ; il est bientôt arrêté, les deux parois se trouvant fortement accolées et poussées dans la concavité du sacrum par la tumeur fœtale, qui semble avoir pris un développement considérable dans le petit bassin.

En se souvenant que quelques mois auparavant, la malade avait eu une poussée de péritonite, il est permis de croire à la formation de brides et d'adhérences à ce niveau, ainsi que la fosse iliaque droite.

D'accord avec M. Duret, M. Guermonprez estime la laparotomie comme pouvant être tentée, dans l'espoir que, le ventre ouvert, on pourra débarrasser les anses intestinales de leurs adhérences aux organes voisins.

A onze heures, la malade est chloroformisée par M. Bourgeois, interne.

On pratique le cathétérisme vésical, on essaie de faire pénétrer dans le rectum la sonde œsophagienne, puis la sonde de Bouchard, mais au bout de 7 à 8 cm. les sondes se recourbent et ne pénètrent plus.

La laparotomie est pratiquée en présence de M. le professeur Duret, de MM. les docteurs Delassus, Lavrand, Voreux et Voituriez.

L'incision part de 3 cm. au-dessus du pubis et se prolonge jusqu'à 3 cm. au-dessus de l'ombilic en le contournant à gauche.

Le kyste fœtal se présente alors entre les lèvres de la plaie, un peu de liquide ascitique s'écoule de la partie la plus décline.

La main introduite d'abord dans la fosse iliaque droite suivant le précepte de Parise, tombe immédiatement sur le cœcum ; on ne rencontre pas à ce niveau l'origine de l'occlusion.

Une bride péritonéale, réunissant lâchement les anses intestinales au péritoine pariétal, est rompue aisément avec le doigt.

Le grand épiploon adhère à la face antérieure du kyste fœtal, on sectionne ces adhérences en plusieurs fois et entre deux ligatures. L'on s'aperçoit alors que les enveloppes fœtales sont d'une extrême minceur ; l'on sent avec une parfaite aisance la tête, les mains, les coudes du fœtus, dont on perçoit nettement les mouvements actifs.

La main, passant en arrière de la tumeur d'une part, et en avant de la masse intestinale d'autre part, rencontre de nombreuses adhérences, dont elle parvient à rompre une partie et arrive jusqu'à l'angle sacro-vertébral.

En répétant la même manœuvre, M. Duret sent dans l'excavation un corps dur, aplati, qui lui donne la sensation de l'utérus à l'état de vacuité. Pratiquant aussitôt et en même temps le toucher vaginal il s'assure que cet organe

est bien l'utérus à peine augmenté de volume, et par conséquent que le produit de conception loge en dehors et en avant de la matrice.

Nous avons donc affaire à une grossesse extra-utérine, dont le début selon toute apparence, remonte à cinq mois et demi.

La paroi du kyste est très mince, et les battements du cœur sont comptés parfaitement à l'aide du stéthoscope.

L'enfant étant vivant et n'étant pas viable à l'heure qu'il est, on décide de respecter le kyste fœtal.

Les recherches sont continuées dans le but d'achever de libérer l'intestin des dernières adhérences. On en rompt un certain nombre en divers points de la cavité péritonéale.

Au cours de ces manœuvres, un liquide peu abondant vient à s'écouler. C'est une sérosité louche, d'un jaune roussâtre, tenant en suspension des flocons d'un jaune pâle très friables.

L'on croit à une déchirure légère de l'intestin produite au moment du décollement de deux anses adhérentes, mais on n'arrive pas à retrouver cette perforation quoiqu'on la recherche avec soin.

La main explorant la cavité abdominale, ne rencontre plus d'obstacle appréciable.

Pour plus de certitude, on cherche à faire la preuve du rétablissement du cours des matières. Un lavement donné dans ce but ne paraît pas pénétrer dans l'S iliaque ; ce qui en sort n'est mêlé d'aucune matière stercorale.

La preuve du rétablissement du cours des matières n'est donc pas obtenue, et après avoir fait la toilette du péritoine, on se décide à faire l'entérostomie, suivant le procédé de

Nélaton, c'est-à-dire de créer un anus artificiel au niveau d'une anse intestinale distendue et par conséquent située en amont de l'obstacle. On pratique cette opération et on fait la boutonnière cutanée au-dessus de l'arcade crurale gauche.

M. Guérmonprez fait ensuite les sutures profondes de la plaie abdominale à l'aide de gros fils d'argent, puis les sutures superficielles avec du crin de Florence.

On place dans chacun des deux bouts de l'anus artificiels une sonde en gomme, le liquide qui s'écoule avec abondance est une bouillie jaune, d'odeur fécale très prononcée.

On applique sur la plaie médiane un pansement de Lister, de manière à l'isoler de l'anus artificiel.

La malade est réchauffée et recouvre promptement connaissance.

L'opération a duré une heure et demie.

Le soir les coliques ont disparu, l'évacuation se fait par la plaie d'une manière régulière.

Il n'y a plus de vomissements, la malade se plaint de tension dans le bas ventre.

Les mouvements actifs du fœtus sont moins fréquents et moins énergiques.

Le 26, la malade a vomi pendant la nuit, la face est grippée, le pouls fréquent, la température basse, le ventre est très ballonné : les douleurs sont très vives, jusque sous l'appendice xiphoïde. Plus de rétention fécale, il s'agit d'une péritonite généralisée.

La malade succombe dans la soirée.

Aussitôt après la mort, les sutures abdominales sont enlevées par l'interne de garde, qui procède à l'ouverture

du kyste fœtal, afin que le fœtus puisse être baptisé s'il est encore vivant.

Autopsie: pratiquée le 28 au matin.

Incision cruciale, de façon à découvrir la totalité des viscères abdominaux.

Anses intestinales dépolies et présentant les traces de péritonite récente.

L'épiploon adhère en plusieurs points à l'intestin sous jacent.

En se portant du côté du cœcum, on trouve la fin de l'intestin grêle pelotonné et réduite au volume du petit doigt.

Les anses sont agglutinées lâchement entre elles.

On déroule cette portion de l'intestin, après avoir sectionné son attache mésentérique et l'on ne découvre en aucun point d'occlusion absolue, ni invagination, ni volvulus, ni torsion.

Le gros intestin n'est ni affaissé, ni très distendu.

A l'union du colon transverse et du colon descendant, diminution brusque et considérable du calibre; là encore, pas d'obstruction réelle.

On trouve une petite perforation, grosse comme la tête d'une petite épingle d'une anse grêle, on y trouve l'explication de l'écoulement jaunâtre remarqué pendant le cours de l'opération. Il avait été fait une ponction capillaire avant l'opération et il est impossible de dire si cette minuscule ouverture était le résultat du passage de l'aiguille ou d'une déchirure.

Le kyste a contracté des adhérences peu intimes avec le cœcum et la portion ascendante du colon, mais quand

on le fait basculer en avant, on constate que la paroi antérieure du cœcum est fortement adhérente à la face postérieure du kyste et ne peut en être décollée.

La vessie est cachée sous la symphyse pubienne.

Le foie et la rate ont leur aspect normal.

Le péritoine qui les tapisse est sain.

Pour examiner avec plus de soin les organes génitaux on fait passer un trait de scie sur la branche horizontale du pubis et ascendante de l'ischion de chaque côté et l'on détache les parties molles en rasant la paroi osseuse de l'excavation.

La pièce est ensuite disséquée au laboratoire et sera placée dans la collection d'anatomie pathologique.

Développement considérable des glandes mammaires dont les lobes sont durs et hypertrophiés.

Vagin normal, présentant un léger degré de vaginite granuleuse; col ramolli, permettant l'introduction du petit doigt, jusque dans la cavité utérine. Cavité cervicale remplie par une sécrétion jaunâtre visqueuse très adhérente.

Volume utérin augmenté :

Longueurs totale : 95 mm.

Largeur : 81 mm.

Epaisseur : 40 mm.

Muqueuse boursouflée, tomenteuse, infiltrée. Elle se détache aisément et constitue une véritable caduque.

Ligament large, droit, normal.

Trompe perméable.

Ovaire droit normal, pas trace du corps jaune récent.

Le rectum est incisé sur toute son étendue, il est rempli de matières fécales, molles et non moulées, *qui*

n'existaient pas le jour de l'opération. La portion supérieure du rectum est soudée intimement à la paroi postérieure du kyste (fœtal).

La paroi antérieure du kyste avait contracté des adhérences avec le grand épiploon. Ces adhérences ont été sectionnées sur le vivant entre deux ligatures.

Actuellement, le kyste est ouvert et la tête du fœtus sort par la boutonnière pratiquée aussitôt après la mort de la femme.

Le kyste est indépendant de l'utérus, il y est accolé par sa face inférieure, mais on dissocie aisément avec le doigt les adhérences peu intimes entre ces deux organes. On arrive à pédiculiser le kyste. Ce pédicule est l'origine utérine de la trompe gauche. On voit diverger de ce point le ligament rond et le ligament de l'ovaire.

L'ovaire gauche est plus volumineux que le droit.

Pas de corps jaune.

La face inférieure du kyste est tapissée par une membrane transparente et lâche, qui se détache facilement : c'est l'amnios; le placenta est en arrière, en rapport avec la concavité du sacrum.

L'insertion du cordon se fait un peu à gauche et au-dessous du centre du placenta.

Le cordon a 42 cm. de long.

La face externe du kyste est revêtue du péritoine enflammé et épaissi.

Sa paroi est d'épaisseur variable, mais ne dépasse pas 2 mm. En certains points, elle semble réduite aux enveloppes fœtales doublées de péritoine.

C'est dans la partie moyenne de la trompe que l'ovule

fécondé a interrompu sa migration, probablement à cause d'un changement de calibre utérin, car, dans le kyste, nous n'avons pas trouvé l'orifice du bout utérin de la trompe.

Le fœtus ne présente aucun caractère anormal; il est du sexe masculin et n'a aucune malformation extérieure.

Poids : 860 grammes.

Longueur : 32 centimètres.

Son développement (d'après Kecker) correspond à la moitié du sixième mois, ce qui est d'ailleurs d'accord avec les prévisions et les dires de la femme.

REFLEXIONS

Cette observation est instructive à plusieurs points de vue.

Nous avons eu affaire à une grossesse extra-utérine tubaire ayant, par son développement, occasionné à plusieurs reprises des péritonites locales.

Sous l'influence de ces poussées inflammatoires, les exudats formés ont agglutiné entre elles les anses intestinales, situées dans le voisinage du kyste.

Plus tard, ces exudats se sont organisés et, en se rétractant, ont formé de brides fibreuses, qui ont diminué, en plusieurs endroits, le calibre du tube intestinal.

Néanmoins, il a été impossible de rencontrer, en aucun point, une obstruction totale du calibre intestinal.

Cependant, tant à cause de la multiplicité des obstacles que de la paralysie de la musculature qui accompagne toutes les inflammations du péritoine viscéral, le cours des

matières fécales s'est trouvé suspendu et les signes cliniques de l'occlusion intestinale ont été observés.

Quand la malade est entrée à l'hôpital, elle présentait des accidents, qui exigeaient une prompte intervention.

Les commémoratifs permettaient de supposer que des brides anciennes avaient pu se former et avaient occasionné l'étranglement et on pouvait espérer lever l'obstacle par la laparatomie.

Au cours de l'opération, la grossesse extra-utérine ayant été reconnue, il fut nécessaire de délibérer sur la conduite à tenir.

L'ouverture du kyste foetal sacrifiait évidemment le fœtus, qui était loin d'être à terme ; d'ailleurs, son enlèvement total présentait de grandes difficultés, à cause de l'adhérence intime du rectum.

L'entérostomie ne fut pratiquée ensuite qu'à cause de l'incertitude où l'opérateur se trouvait d'avoir fait disparaître les causes de l'obstruction ; elle eut pour effet d'évacuer un liquide septique, qui, absorbé dans l'intestin grêle, détermina, d'après Bouchard, les symptômes d'une véritable toxémie.

Cependant, la laparatomie n'a pas été une simple opération d'exploration. L'autopsie a permis de constater que le cours des matières s'était rétabli dans le bout inférieur de l'intestin et que le rectum contenait des matières fécales, qui manquaient au moment de la dernière exploration rectale.

L'issue fatale n'était que trop à redouter, après les manœuvres nombreuses auxquelles on avait dû se livrer.

Il nous reste un mot à dire de la grossesse extra-utérine.

Le diagnostic n'avait pu être posé à l'entrée de la femme à l'hôpital, *le ventre était extrêmement ballonné et les douleurs empêchaient toute exploration manuelle.*

La variété de grossesse était tubaire sans conteste.

Il existait dans l'utérus une véritable caduque séparable du corps de l'organe.

Notons aussi l'augmentation du volume de l'utérus et des mamelles. La grossesse a déterminé ici des phénomènes d'hypertrophie tels qu'ils se présentent dans l'état de gestation physiologique.

Enfin, rappelons la minceur extrême de la paroi du kyste, réduit à certains endroits aux enveloppes fœtales et au péritoine enveloppant. L'on s'explique alors comment la rupture du kyste fœtal se produit d'une manière presque inévitable avant le terme de la grossesse.

Il est donc plus que probable que la femme eut succombé bientôt par rupture spontanée du kyste, si les accidents d'occlusion n'étaient survenus et n'avaient nécessité l'intervention chirurgicale.

Observation 40. — GROSSESSE ECTOPIQUE
survenant deux fois chez la même malade
et se compliquant d'occlusion intestinale la deuxième fois.

BECK

Mrs E. M..., Américaine, bien réglée, mariée à vingt ans. Six enfants, dont quatre moururent en bas âge.

La dernière grossesse remonte à deux ans et demi, l'enfant est vivant.

Réglée régulièrement, jusqu'en février 1891, puis retard de règles de deux mois et demi, en même temps qu'apparition de douleurs abdominales.

Le médecin consulté pense à une inflammation intestinale. Il perçoit une petite tumeur dans le pelvis.

Puis survient une forte hémorragie par le vagin, sang pur sans aucune membrane.

Le médecin fait le diagnostic de grossesse ectopique rompue et appelle un chirurgien.

Intervention le 20 mars, suivie de guérison.

Le 23 août 1892, la malade ressent brusquement une douleur violente dans l'abdomen.

Elle pense être enceinte parce qu'elle n'a plus de règles depuis deux mois et appelle le docteur Beck.

A l'examen, abdomen non augmenté de volume, mais très sensible.

Le col a tous les caractères rencontrés dans la grossesse et l'utérus augmenté de volume paraît correspondre à une gravidité de trois mois. Il est dévié vers la droite.

On ne perçoit pas les annexes.

La malade est très pâle.

Le pouls rapide.

Pas de selles depuis 4 jours, plusieurs lavements restent sans effet.

L'abdomen se météorise progressivement et devient de plus en plus sensible.

Les vomissements de matières fécales apparaissent.

L'occlusion ne fait plus de doute, due probablement, étant donné l'intervention antérieure, à de vieilles adhérences.

On opère le 26 août.

On trouve une grosse tumeur de couleur bleuâtre, adhérente de tous côtés, semblant d'abord être l'utérus gravide, bien que les parois soient très minces, surtout au niveau de l'apex.

Cette tumeur est tellement fluctuante qu'on se demande s'il ne s'agit pas d'un kyste ou d'une grossesse extra-utérine.

On détruit les adhérences entre les intestins et les organes génitaux agglomérés les uns aux autres.

On incise le kyste à son niveau le plus mince et l'on extrait un fœtus de plus de trois mois. A ce moment, en introduisant le doigt dans la cavité, on différencie nettement l'utérus de la trompe. Le placenta est attaché à la trompe.

A cause des adhérences étendues et étant donné les limites indistinctes du sac, son extirpation est impossible. On referme son incision avec de gros points péritonéaux. C'est alors qu'on recherche la cause de l'obstruction.

On découvre un segment de jejunum, extrêmement distendu à cause de deux larges adhérences formant brides et étranglant l'intestin, si fortement que même le passage des gaz est impossible. En les sectionnant, le calibre de l'intestin devient immédiatement normal.

On trouve les traces de l'opération antérieure.

On ferme l'abdomen.

Deux jours après, apparition des selles.

Quinze jours parés, la malade quitte l'hôpital, complètement guérie, avec une cicatrice solide.

A l'heure actuelle, la malade va bien et ses règles sont normales.

**Observation 41. — OBSTRUCTION INTESTINALE
consécutive à une déviation utérine.
GROSSESSE EXTRA-UTERINE**

SEGOND

M. Segond a été appelé en mai 1901 auprès d'une femme de trente-cinq ans qui présentait des phénomènes d'occlusion intestinale absolue.

Elle avait déjà eu plusieurs menaces semblables, et on avait en outre porté chez elle le diagnostic de retroversion utérine avec fibrome du fond de l'utérus.

M. Segond soumit cette femme au chloroforme, pratiqua la dilatation du sphincter, en introduisant deux doigts, puis la main, et dégagea ainsi la tumeur qui comprimait le rectum.

Il se fit une débâcle et cette femme fut aussitôt guérie de ses accidents aigus d'occlusion intestinale.

Plusieurs mois après, M. Segond, ayant confirmé chez cette femme le diagnostic de déviation utérine, avec fibrome du fond de l'utérus et lésions inflammatoires des annexes gauches, proposa à cette malade de lui faire l'hystérectomie vaginale.

Elle accepta et, en pratiquant cette opération, M. Segond reconnut qu'il s'agissait, non pas d'un fibrome, mais d'une grossesse extra-utérine développée dans la trompe du côté droit.

La malade a très bien guéri.

Observation 42. — GROSSESSE TUBAIRE
avancée intacte avec symptôme d'ILEUS
Fœtus vivant.
LAZAREVIC

L'axiome de Werth que toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle, a été admis par tous les gynécologues. Un très petit nombre seulement de ces grossesses arrivées à un stade avancé avec fœtus vivant, encouragèrent les opérateurs à sauvegarder la vie de l'enfant.

Dans un cas opéré par moi dernièrement où il s'agissait d'une grossesse ectopique avancée de la portion ampullaire de la trompe, chez une primipare âgée, il fallut opérer d'urgence à cause des symptômes alarmants d'iléus.

Grâce à des conditions locales favorables, il me fut possible d'extirper en totalité l'enfant vivant, sans avoir besoin de castrer la femme et sans perte de sang considérable et d'arriver à une complète guérison.

La femme (campagnarde) L. J..., âgée de 36 ans, m'arriva d'un village voisin avec le diagnostic d'iléus au cours d'une grossesse.

Le médecin qui l'accompagnait déclara qu'il s'agissait sans doute d'une grossesse anormale compliquée d'iléus.

Antécédents : jamais de maladies antérieures, règles régulières depuis l'âge de quinze ans. Mariée depuis deux ans. Pas de maladies vénériennes. Absence de règles depuis sept mois.

Depuis quelque temps, la femme, qui se savait enceinte, (mouvements du fœtus) observa que le ventre augmentait de volume du côté gauche.

Des douleurs survinrent les derniers temps qui finirent par devenir constantes.

A part ces ennuis, elle se plaint de vomissements et, depuis deux jours, arrêt des matières et des gaz.

Etat actuel : femme robuste et bon état. Température 37° 7, pouls 100. Langue assez chargée. Un peu d'albuminurie. Masque de la grossesse au visage, colostrum. Seins engorgés, aréoles fortement pigmentées.

Le ventre proéminent, mais plus à gauche, et, à ce niveau, sensible à la palpation.

Toucher : col ferme, utérus atteignant mi-chemin entre symphyse et ombilic, un peu rejeté à droite, et derrière celui-ci un peu à gauche, on sent une tumeur du volume d'une tête ronde, lisse et mobile, qui en impose pour une tumeur kystique des annexes.

On endort à l'éther, on incise et on arrive au bassin, où sont les anses intestinales légèrement œdématisées, on trouve le sac fœtal bleuâtre, avec l'épiploon fortement adhérent. On voyait les cheveux de la tête fœtale à travers les membranes très amincies.

Aux tentations de mobilisation, le sac se rompit et les eaux se répandirent dans le bassin.

Extirpation immédiate de l'enfant vivant.

On sutura le sac demeuré vide, après l'avoir tamponné avec de la gaze et les portions rompues réunies par des points de suture. On laissa les fils longs pour servir de guides.

Le sac était adhérent en arrière avec l'anse sigmoïde et le rectum, mais on put l'en séparer sans lésions supplémentaires.

La tumeur adhérait également à l'utérus, mais on put l'en séparer sans avoir à sacrifier celui-ci.

Le saignement fut vite arrêté, il céda au tamponnement simple.

La péritonisation ne put être effectuée complètement.

Introduction d'une bande de vioforme.

Réfection de la paroi en trois plans.

L'enfant pesait 1.820 grammes et mesurait 40 centimètres. Enfant bien conformé, sans aucune malformation. Malgré les soins qui lui furent prodigués, l'enfant mourut quinze heures après sa naissance.

La mère quitta l'hôpital guérie quinze jours après.

Ce cas est devenu un cas opératoire d'urgence à cause des douleurs unilatérales persistantes et à cause des signes d'iléus.

Les symptômes alarmants amenèrent la femme à temps à l'acte opératoire.

L'anamnèse et l'état local firent faire le diagnostic de grossesse extra-utérine compliqué de signes d'iléus.

Celui-ci était dû à la compression de l'anse sigmoïde par le sac fœtal et céda grâce à l'ablation de celui-ci.

L'urgence du cas fut mis de plus en évidence grâce aux rayons Roentgen et l'épreuve hypophysaire.

La laparatomie pratiquée de suite permit l'ablation totale du sac en épargnant l'utérus.

Observation 43. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
Expulsion naturelle de l'enfant à travers les parois
abdominales. Etranglement intestinal.
Etablissement d'un anus contre nature.
Guérison.

BOUZOL

Justine V..., épouse D..., âgée de 38 ans, habite un hameau de la commune d'Arcens (Ardèche).

Elle s'est mariée à 21 ans et a eu six enfants.

Tous ses accouchements ont été heureux et les suites de couches exemptes d'accidents.

Le plus jeune de ses enfants est né au mois de juin 1881.

Depuis cette époque la menstruation ne s'est pas rétablie.

Au commencement du mois de juillet 1883, elle remarqua avec surprise que son ventre avait grossi, elle soupçonna une nouvelle grossesse.

Vers la fin de même mois, elle ressentit quelques mouvements anormaux dans le ventre, mais les sensations perçues ne ressemblaient pas à celles des précédentes grossesses. Néanmoins, comme elle voyait son ventre augmenter progressivement de volume, elle ne tarda pas à se convaincre qu'elle était enceinte pour la septième fois.

Dans les premiers jours de décembre, elle fut prise dans le bas-ventre et dans la région lombaire, de douleurs dont les caractères lui étaient bien connus. Ces douleurs, absolument semblables à celles qu'elle avait éprouvées chaque fois au moment de la parturition, augmentèrent pro-

gressivement d'intensité pendant trois jours, puis cessèrent brusquement, après l'expulsion, par la vulve, non d'un enfant, mais de nombreux caillots sanguins.

A la suite de cet accident, elle déclara n'avoir pas perçu de mouvements anormaux dans la cavité abdominale, et avoir pu vaquer comme d'habitude à ses occupations pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, c'est-à-dire vers le 20 décembre, elle constata la présence d'une saillie très prononcée au niveau de la cicatrice ombilicale.

Le lendemain, il se fit, sur cette dernière, une petite ouverture qui donna issue à une assez grande quantité de liquide citrin.

Les jours suivants, il ne s'écoula, par le petit pertuis, que quelques gouttes d'un liquide purulent; mais l'état général de la malade s'aggrava rapidement. Il survint de l'inappétence, un peu de fièvre et un affaiblissement très prononcé.

Le 31 janvier 1884, je fus appelé pour la première fois à voir Justine V... Je la trouve dans son lit, profondément débilitée et émaciée. Elle a de l'anorexie, des sueurs profuses, sa langue est recouverte d'un enduit saburral, sa figure étirée, mais elle conserve sa lucidité d'esprit et peut me donner avec précision tous les renseignements que je lui demande.

Le ventre présente un volume assez considérable.

Par la palpation, on constate facilement la présence, dans cette région, d'une tumeur solide, irrégulière, offrant des saillies et des dépressions et envahissant surtout la partie latérale gauche de la cavité abdominale.

La tumeur dépasse cependant la ligne médiane, mais elle empiète un peu sur le côté droit du ventre, tandis qu'elle

occupe le flanc gauche et la fosse iliaque interne du même côté.

Cette tumeur est légèrement mobile elle remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Celui-ci est rétracté, paraît adhérent à la tumeur présente à son centre un tout petit pertuis à travers lequel on ne peut faire pénétrer qu'un mince stylet.

Par cet orifice, on voit suinter, de temps à autre, quelques gouttes de pus, principalement lorsque la malade fait un effort pour se soulever.

L'auscultation pratiquée sur toute la surface de la tumeur ne révèle aucun bruit anormal.

Par le toucher vaginal, on peut constater, dans le cul-de-sac gauche, la présence de la tumeur, qui offre, à ce niveau, une consistance semblable à celle fournie par le palper abdominal.

Dans le cul-de-sac droit, rien d'anormal.

L'utérus ne paraît pas sensiblement augmenté de volume.

Les commémoratifs et l'examen minutieux des symptômes présentés par la malade, me firent songer immédiatement à l'existence d'une grossesse extra-utérine. Quoique la palpation ne me permit pas de reconnaître, d'une manière certaine, une des parties fœtales, je jugeai, d'après la consistance de la tumeur, son irrégularité, sa position, son développement graduel et progressif en neuf mois, et aussi d'après les renseignements fournis par la malade et son entourage, qu'il était difficile de s'arrêter à une autre hypothèse.

Les mouvements anormaux avaient été perçus par Justine V... dans la dernière quinzaine de juillet et c'est qua-

tre mois et demi après qu'elle avait été prise, pendant trois jours consécutifs, de douleurs absolument semblables à celles de l'enfantement, puis tout s'était terminé par une métrorrhagie.

Quinze jours après, il se produisait spontanément à l'ombilic une ouverture par laquelle s'écoulait un liquide légèrement jaunâtre, rappelant assez bien le liquide amniotique.

Toutes ces notions étaient évidemment très favorables à l'idée d'une grossesse extra-utérine, idée que l'examen des symptômes physiques venait de confirmer.

Dans cette situation, quel parti fallait-il prendre?

Mon embarras ne fut pas long, car l'état général de la malade, sa débilitation extrême, ne pouvaient autoriser aucune intervention.

Je me contentai donc de prescrire quelques toniques et je confiai à la nature le soin de faire le reste.

J'étais d'ailleurs persuadé que la malade ne résisterait pas longtemps aux progrès de la cachexie. Cependant, je fis observer à son mari qu'il pourrait quelquefois se produire une ouverture des parois abdominales, à travers laquelle la tumeur serait expulsée par fragments.

Je lui recommandai de me prévenir si pareil dénouement survenait et de recueillir, pour me les présenter, tous les débris qui sortiraient par l'ouverture ventrale.

Quelques jours après mon départ, le petit pertuis ombilical se cicatrisa, mais, en même temps, on vit se développer, au-dessous de la ligne médiane, cinq ou six bosselures de volume inégal, qui s'ouvrirent spontanément vers le 20 février.

Ces nouveaux orifices s'élargirent rapidement, et ne

tardèrent pas à se réunir, pour ne former qu'une seule ouverture à travers laquelle on aurait pu engager le poing.

On vit bientôt sortir, par cette solution de continuité, de petits os et des lambeaux de chair en putréfaction. Cette élimination dura une quinzaine de jours et se termina par l'issue de deux fragments plus volumineux, dont chacun représentait la moitié d'une tête de fœtus.

A partir de ce moment, la plaie abdominale ne laissa plus écouler qu'une faible quantité d'un liquide brunâtre, légèrement fétide, et se cicatrisa rapidement.

L'état général s'améliora très vite, l'appétit et les forces revinrent et la malade, se croyant presque guérie, commença à se lever dans les premiers jours du mois d'avril.

A ce moment, la plaie abdominale offrait l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent.

Le 10 avril, vers cinq heures du soir, la malade, voulant se coucher, fit un effort assez violent pour monter sur son lit. Cet effort détermina aussitôt l'issue, à travers l'orifice abdominal, d'une anse intestinale volumineuse, dont l'apparition effraya beaucoup l'entourage de la patiente, mais qu'on ne chercha pas à faire rentrer.

Pendant la nuit du 10 au 11 avril, éclatèrent les accidents de l'étranglement intestinal. Des douleurs très vives se firent sentir dans la partie supérieure du ventre, il survint des vomissements incoercibles et une constipation opiniâtre.

Ces accidents ne firent qu'augmenter d'intensité pendant la journée du 11 avril et le 12 avril je fus appelé à voir la malade.

Je constatai en effet chez elle tous les symptômes de l'étranglement intestinal. Outre les douleurs abdominales,

les vomissements et la constipation, j'observai une altération profonde et caractéristique de la face, la petitesse du pouls et un refroidissement des extrémités.

Sur le côté gauche du ventre, un peu au-dessous de l'ombilic, on apercevait une tumeur rouge, saignante, offrant le volume du poing. Cette tumeur, de consistance molle, présentait un pédicule resserré par l'orifice anormal des parois abdominales.

Les symptômes généraux et surtout l'examen physique de la tumeur, me permirent de reconnaître que cette dernière était constituée par une anse intestinale, qui avait fait hernie à travers l'ouverture abdominale de cicatrisation et s'y était étranglée.

Quelle conduite devais-je tenir en pareille circonstance ?

Appelé quarante-huit heures environ après l'étranglement de la hernie, je ne pouvais guère songer à opérer sa réduction.

Faire rentrer dans la cavité abdominale une anse intestinale rouge, saignante enflammée, c'était vouer la malade à une péritonite aiguë, certainement mortelle.

La réduction me paraissait d'autant plus dangereuse qu'elle ne pouvait être faite sans l'agrandissement préalable, par incision, de l'orifice où siégeait l'étranglement.

Je me décidai donc à fixer, par quelques points de suture, les parois intestinales aux bords de la plaie et à établir un anus contre nature.

Je partis avec la conviction que mon opérée, manquant de soins intelligents, ne tarderait pas à succomber.

Cette fois encore, la nature se chargea d'accomplir une cure, qui me paraissait presque impossible.

Aussitôt après l'établissement de l'anus contre nature, il s'écoula, par l'orifice anormal, une assez grande quantité de matières et de gaz putrides.

Les symptômes de l'étranglement intestinal cessèrent comme par enchantement. Dès le lendemain, mon opérée demandait à manger. Un mois plus tard l'anus contre nature s'était notablement rétréci et l'extrémité inférieure de l'intestin commençait à fonctionner.

Les matières fécales passaient en partie par l'orifice abdominal et en partie par l'anus.

La malade avait repris ses forces, elle restait levée une bonne partie de la journée, malgré mes recommandations, et mangeait avec appétit la nourriture grossière qu'on servait à la table commune.

Depuis le mois de mai, j'ai revu deux fois cette femme, et j'ai constaté que, malgré des imprudences de toutes sortes, la guérison s'effectuait assez rapidement.

Il y a trois mois environ, elle n'a pas craint de faire plus de 10 kilomètres pour venir me trouver.

A ce moment, l'anus contre nature ne fonctionnait presque pas.

Il ne restait plus au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic, qu'un petit orifice disposé en cul de poule, à travers lequel on ne pouvait engager qu'un stylet de moyen calibre.

L'état général était très bon et la malade me déclara avoir repris ses occupations habituelles.

A l'heure actuelle, l'anus contre nature est complètement fermé. On ne voit plus qu'une cicatrice assez apparente, formant une dépression dans la partie du ventre où siégeait l'orifice anormal.

Cette observation, dans laquelle on voit survenir, par les seuls effets de la nature, la guérison d'une grossesse extra-utérine d'abord, d'un étranglement intestinal ensuite, m'a paru des plus intéressantes à signaler, et c'est à ce double titre que j'ai cru devoir la livrer à la publicité.

**Observation 44. — GROSSESSE INTRA-LIGAMENTAIRE
de 6 mois avec enfant vivant.
OCCLUSION INTESTINALE AIGUE
LAPAROTOMIE. GUERISON**

Observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur Jeannin, due à l'obligeance de M. le docteur Chomé.

Madame C... Jeanne, 32 ans, primipare, enceinte de six mois, est admise à la Maternité de la Pitié, le 21 novembre 1932, pour occlusion intestinale.

Pas de grossesse antérieure.

Par l'interrogatoire, on apprend que les dernières règles datent du 12 mai.

Du 12 au 31 mai, aucun malaise, pas de pertes, la malade va bien.

Le 31 mai, survient une syncope.

Pendant le mois de juin, rien de particulier; elle consulte le 15 juin, pour savoir si elle est enceinte. Mais un doute existe à ce sujet.

Fin Juin, elle ressent une douleur brusque dans l'abdomen, accompagnée de plusieurs syncopes en même temps qu'elle perd quelques gouttes de sang.

Elle garde le repos, les phénomènes s'amendent.

Jusqu'au 15 août, elle ne ressent rien. Ce jour-là, elle fait un voyage en voiture qui déclanche une crise abdominale douloureuse avec perte sanguine.

Un médecin, consulté, porte le diagnostic de grossesse extra utérine, diagnostic démenti par le chirurgien appelé.

La malade reste alitée trois semaines. L'hémorragie cesse, elle se lève, mais deux jours après, les pertes rouges réapparaissent.

Elle rentre à Paris, se réalite, les pertes deviennent beaucoup plus abondantes. Repos au lit.

Le 15 septembre survient une nouvelle crise abdominale pendant la nuit.

Fin septembre, la malade perçoit les mouvements actifs du fœtus.

L'écoulement de sang par le vagin dure tout le mois d'octobre et jusqu'au 11 novembre, date à laquelle il cesse.

Le 21 novembre, alors que depuis 10 jours il y avait arrêt des pertes, une nouvelle crise douloureuse survient avec augmentation brusque du volume du ventre.

La malade est admise ce même jour à l'hôpital, à midi.

A son entrée dans le service, elle dit n'avoir pas eu de gaz et de selles depuis le 20 au matin.

A l'inspection faciès pâle, yeux cernés, lèvres sèches, polypnée.

Le ventre est tendu, pas d'œdème, pas de circulation veineuse collatérale. Pas de vergetures.

L'abdomen semble trop volumineux pour une grossesse de six mois et fait penser à un hydramnios aigu.

Les membres inférieurs ne présentent ni varices ni œdèmes.

A la palpation, abdomen douloureux, dur à la partie inférieure, rénitent à la partie supérieure, ne permettant pas de déceler la moindre masse. Colostrum à la pression des seins.

A la percussion, tympanisme à la partie supérieure de l'abdomen, matité à la partie inférieure remontant jusqu'à l'ombilic et à convexité supérieure.

On ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal à l'auscultation bien que la grossesse date de six mois et que la malade affirme sentir remuer l'enfant, toujours au même endroit un peu à gauche de la ligne médiane.

Toucher, col très ramolli, rejeté très en arrière. Cul-de-sac de Douglas libre, non douloureux.

On ne sent pas de tumeur dans les culs-de-sacs.

Le doigtier ne ramène pas de sang.

Température normale matin et soir.

Pouls matin 132 — soir 128.

Urines normales.

Le 22 novembre on donne un lavement à la malade qui vomit aussitôt après.

Prostygmine. Sérum hypertonique intra-veineux.

Sonde rectale. Quelques gaz sont évacués.

Le 23 novembre état stationnaire, dans la nuit, aucune émission de gaz, pas de vomissements, pas de pertes.

Abdomen toujours aussi ballonné, on ne perçoit aucune masse abdominale à cause de la tension extrême du ventre.

Pas de gaz, pas de matières.

Après un nouvel examen qui reste négatif, on rejette le diagnostic primitivement posé d'hydramnios aigu et l'on porte celui de grossesse extra utérine avancée à forme occlusive, *en se basant uniquement sur l'anamnèse.*

Retard de règles.

Crises douloureuses abdominales répétées.

Pertes de sang.

A 11 h. 30, passage de la malade à la salle d'opération.

Compte rendu opératoire (opération faite par M. le docteur Chomé.)

Ventre extrêmement tendu.

A l'ouverture pas de sang libre dans le péritoine.

On trouve une grosse tumeur remplissant l'abdomen et remontant largement au-dessus de l'ombilic.

Cette tumeur donne l'impression d'un utérus gravide à tel point qu'on croit s'être trompé de diagnostic. Sur sa paroi antérieure on distingue des grosses veines très dilatées. L'épiploon adhère à son pôle supérieur et cravatant par en avant son flanc gauche, le colon descendant intimement adhérent à la paroi de la tumeur dans laquelle il s'incarcère, faisant corps avec elle, se trouve complètement aplati, rubanné. Sa lumière a disparu.

En palpant la tumeur, on sent des parties fœtales et l'on perçoit même les mouvements actifs du fœtus.

On libère avec beaucoup de précaution le colon descendant et l'épiploon. Puis on cherche à rendre libre, pour l'extérioriser la tumeur. On s'aperçoit alors que son siège est retro-péritonéal et qu'il est impossible de libérer la face postérieure.

En explorant la face antérieure, on voit l'utérus y faire une saillie très légère. Il est comme englobé dans cette paroi. Le ligament rond droit passe en diagonale sur la paroi supérieure. On distingue nettement sur son angle droit, très bas située, la saillie du pédicule infundibulo pelvien.

On se rend compte qu'il s'agit d'un énorme kyste fœtal, à siège nettement intra-ligamentaire, s'étant développé dans le tissu retro-péritonéal où il a pris contact avec la paroi abdominale postérieure.

Au moment de libérer l'angle gauche de la tumeur, le sac se rompt et le placenta sort du sac fœtal.

On extrait le fœtus vivant et on décolle facilement tout le placenta. La poche est asséchée, on en résèque une partie, surjet sur le fond de la poche, mise en place d'un Mickulicz avec tamponnement serré. Le bord supérieur de la tumeur est fixé au péritoine périétal.

Fermeture de la paroi en trois plans ;

Les annexes du côté gauche sont normales.

Sérum hypertonique à 15 0/0, 20 cm 3 huile camphrée.

Température le matin 37° 2, le soir 37° 6.

Pulsations le matin 100, le soir 132.

Urines : 200 grammes.

Le 24 novembre : sérum hypertonique à 15 0/0, 20 cm 3 H.C.

Température matin 38° 7, soir 38° 6.

Pouls matin 140, soir 148.

Urines : 700 grammes.

Le 25 novembre sérum glucosé hypertonique à 15 0/0, protygmine.

Lavage de l'estomac.

Lavement d'eau salée après lequel le malade rend des gaz et se sent mieux.

Urines : 500 grammes.

Température matin 38° 5, soir 39° 3.

Pouls matin 140, soir 152.

L'enfant meurt quarante-huit heures après sa naissance.

Le 26 novembre. Nuit calme, a un peu dormi, grande quantité de gaz rectaux. Urines : 500 grammes.

Se plaint de son abdomen.

Huile camphrée, prostygmie.

Température matin 39°, soir 39° 2.

Pouls 144 matin, soir 172.

Le 27 novembre l'aspect de la malade paraît meilleur, quelques douleurs abdominales.

Deux ampoules 1/4 de mmg. ouabaine. H. C.

Une selle. Urines 250 gr.

Température matin 38° 6, soir 39° 6.

Pouls matin 140, soir 130.

Le 28 novembre. A dormi une partie de la nuit.

Œdème des membres supérieurs et inférieurs, blanc, mou, prend le godet.

Urines 500 gr. Une selle.

2 ampoules d'ouabaine au 1/4 mmg.

Température matin 38° 5, soir 39° 7.

Pouls matin 116, soir 128.

Le 29 novembre. Urine 700 gr. une selle, la malade se sent bien.

500 gr. de sérum physiologique.

Température 38° 8 le matin et 39° 7 le soir.

Pouls 124 matin et 128 le soir.

Le 30 novembre. Même état.

Le 1^{er} décembre. Même état.

Le 2 décembre. Ablation de la mèche de Mickulicz.

Œdème des membres toujours très apparent et persiste.

Le 4 décembre. Lavement, — 1 gr. 50 de théobromine.

Le 5 décembre. Régime lacté absolu pour réduire les œdèmes qui persistent. Lavement, théobromine.

Le 6 décembre. Les œdèmes diminuent.

Urines. 1.250 grammes.

Le 14 décembre. Urine 1.250 gr., les œdèmes régressent.

Dosage du Na Cl 2 gr. 10 au litre.

2 gr. 62 par 24 heures.

Le 15 décembre. On fait l'épreuve des chlorures, la malade reçoit 6 gr. de Na Cl.

Dosage des chlorures par litre : 2 gr. 35.

par 24 h. 2 gr. 35.

Le 16 décembre. Malade fatiguée. Lavage de la plaie au Dakin.

Le 17 décembre. Même traitement.

Dosage par litre : 4 gr. 21.

par 24 heures : 5 gr. 05.

Le 18 décembre. La température remonte à 39° 8.

Le 20 décembre. Les œdèmes diminuent. Pose d'un drain abdominal.

Le 21 décembre. Même état.

Le 23 décembre. Lavage au Dakin. Ouabaïne.

Le 23 décembre. Lavage au Dakin-Ouabaïne.

Le 24 décembre. Mise en place d'un gros drain.

Le 26 décembre. On fait sauter un pont cutané pour faciliter l'écoulement purulent, sous anesthésie

Pansement quotidien jusqu'au 1^{er} janvier.

Le 31 décembre. Gros œdème de la vulve.

Le 4 janvier. Régression complète des œdèmes.

La plaie coule moins.

Le 5 janvier. Lavage au Dakin de la plaie. Le pus est moins fétide dans la région péri ombilicale. Plastron très dur, remontant vers l'hypochondre droit, très douloureux.

Propidon.

Le 6 janvier. Lavage au Dakin.

Le 7 janvier. Propidon.

Les 8, 9 et 10 janvier. Même état. 700 gr. d'urine le 10.

Le 11 janvier. Urine 1.025.

La température persistant, à l'examen, on constate l'existence d'une collection dans le ligament large.

Température 37° - 40° 6 oscillante, fait supposer une collection, suppurée.

Intervention par M. Chomé. — 1° Incision parallèle à l'os des fibres du transverse;

2° Décollement du péritoine;

3° Incision de la collection en arrière du péritoine.

méchage de la plaie, une mèche dans le ligament large et une en dehors.

Après l'intervention, la température tombe.

La malade va bien jusqu'au 30 janvier

Elle quitte le service.

Le 22 juin 1933. La malade revient pour fistule au niveau de la plaie. Etude du trajet après injection de lipodol dans la fistule et examen à la radioscopie.

Ouverture de la poche dans la fosse iliaque. Méchage.

La malade sort guérie le 30 juin.

Depuis, la malade n'est plus revenue.

**Observation 45. - GROSSESSE EXTRA-UTERINE
OCCLUSION INTESTINALE
OPERATION. GUERISON**

EDIS 1901

Cette malade, pour laquelle le Dr Edis a été appelé, a une histoire des plus intéressante.

Ses règles s'étaient montrées pour la dernière fois en septembre : peu de temps après apparaissaient les symptômes d'une grossesse extra-utérine, qui, par l'examen de l'abdomen, permettait de faire remonter le début en octobre.

Quand M. Edis vit la malade, il constata que le sac fœtal était à gauche ; la tête du fœtus dirigée en bas, comprimait le rectum, au point de produire une occlusion complète de l'intestin.

Les symptômes présentés par la malade, à ce moment, étaient ceux d'un étranglement interne.

Comme il y avait des vomissements continuels et que l'amaigrissement était très prononcé, M. Edis résolut d'intervenir.

Il fit une incision sur la ligne médiane de l'ombilic jusqu'au pubis, tomba sur un utérus volumineux (4^e mois de la grossesse) qu'il contourne avec soin.

Mais les parois du kyste fœtal adhérant profondément au rectum, il incisa le sac fœtal et enleva un fœtus de 5 mois environ : le placenta fut laissé en place et les parois du kyste fœtal furent suturées aux parois abdominales, afin qu'on put drainer et laver la cavité.

Les suites opératoires ont été très simples.

Les symptômes d'occlusion intestinale ont immédiatement disparu.

Actuellement, la malade est aussi bien que possible.

Il s'est produit cependant une complication : le rectum s'est perforé au niveau de son adhérence avec le sac fœtal, il en est résulté une fistule stercorale.

Observation 46. — LITHOPEDION

d'un fœtus à terme toléré pendant trente ans
ayant déterminé des phénomènes d'occlusion intestinales.

VILLARD CHARRIN et DUNET

Voici un lithopédien enlevé opératoirement chez une femme de 61 ans, dont l'intéressante histoire est la suivante :

Mariée en 1873, elle présenta d'abord une fausse-couche de 3 mois, puis une grossesse normale suivie d'un accouchement normal, en 1880. En 1893, survint une *troisième grossesse extra-utérine abdominale* accompagnée pendant tout le cours de son évolution par de violentes douleurs à chaque mouvement de l'enfant.

Vers le neuvième mois, ces douleurs disparurent à la suite de la mort de l'enfant, constatée par le Professeur Agrégé Poulet, qui conseilla l'abstention opératoire.

Depuis cette époque, la malade n'éprouva pas le moindre trouble jusqu'en décembre 1922.

Vers le 15 décembre, apparut une crise d'occlusion intestinale avec douleurs intenses, vomissements abondants, etc... qui céda par le traitement médical, application de glace, etc...

Le professeur Villard examine en janvier 1923 la malade, qui lui est adressée par le D^r Charrin et fait le diagnostic de fibrome calcifié enclavé dans le Douglas, tout en faisant quelques réserves, étant donné l'histoire de la malade sur la possibilité de lithopédion.

L'intervention fut pratiquée le 15^e janvier 1923, qui montra, dès l'ouverture de l'abdomen, une masse assez régulière, d'un blanc nacré, présentant quelques adhérences avec le grand épiploon et qui furent sectionnées entre 2 pinces.

Cette masse aplatie fait corps avec le prolongement qui occupe le petit bassin en arrière de l'utérus; il n'existe que des adhérences très lâches entre ce prolongement inférieur et le cul-de-sac de Douglas et la masse est enlevée très facilement sans hémorragie aucune.

Fermeture de la paroi et suites opératoires extrêmement simples.

Un examen plus minutieux de la pièce nous permit immédiatement, l'intervention terminée, de confirmer le diagnostic de lithopédion, qui avait pu être affirmé au cours de l'intervention.

(Suit la description du lithopédion.)

En résumé, il s'est agi dans ce cas d'un lithopédion remarquable par l'état de conservation des organes foetaux.

Le fœtus était incarcéré dans la cavité pelvienne par son extrémité céphalique seule recouverte d'une carapace osseuse.

Tout le reste du corps émergeant au-dessus du détroit supérieur dans la cavité abdominale.

M. Villard insiste sur l'intérêt que présente ce cas tout d'abord au point de vue clinique.

Ce fœtus arrivant à terme. Mort du fœtus, puis tolérance absolue pendant 30 ans. Ce n'est qu'il y a quelques jours que la malade présenta des phénomènes d'occlusion.

L'intervention permet de rectifier le diagnostic posé de fibrome calcifié. La volumineuse tumeur fut d'ailleurs libérée et extraite assez facilement.

Au point de vue anatomique, cette pièce est vraiment remarquable par son volume et par l'état de conservation particulier des tissus foetaux pendant trente ans.

Ce fait étonnant par la tolérance pendant trente ans, ne doit pas être considéré comme un argument en faveur de l'expectative.

Observation 47. — LITHOPEDION retenu pendant quinze ans et ayant provoqué une obstruction intestinale aigue.

SMITH

Mme L. B., âgée de 40 ans, fut admise à l'Infirmerie Royale, à Manchester, à 5 heures du matin, le 1^{er} août 1907.

Elle était accompagnée par son médecin traitant, le Docteur R. Smith, de W., à qui je suis redevable des notes suivantes de son histoire :

Née en août 1867, premières règles à 12 ans, considérée comme une robuste fille bien réglée.

En février 1892, elle eut un retard de quinze jours; lorsqu'elle recommença à perdre, elle fut subitement saisie d'une *douleur aiguë de l'abdomen avec collapsus*.

Sa mère se souvient bien que cet événement soudain arriva six semaines après sa dernière période normale.

Mon père, le Docteur Smith, la soigna. Elle resta alitée treize semaines. On ne pratiqua aucune opération.

Elle se releva de cette maladie seulement avec un œdème des jambes. Elle se maria en mai 1892. Son abdomen augmenta de volume, *une grossesse fut suspectée*. Mon père l'examina et lui dit qu'il trouvait quelque chose dans l'abdomen, mais que si elle était enceinte, l'enfant était probablement mort.

Elle fut aménorrhéique deux ou trois mois après son mariage, le gonflement de l'abdomen diminua graduellement. Depuis lors, règles bien régulières, quoique peu abondantes.

Elle jouissait d'une bonne santé. Sa seule maladie fut une diarrhée épidémique en 1906.

La maladie présente commence avec des signes d'*obstruction intestinale* environ cinq jours avant son admission à l'hôpital; elle eut des vomissements bilieux qui devinrent fécaloïdes, le matin du 1^{er} novembre et son état général devint très mauvais. L'histoire de la famille ne montre rien d'intéressant.

Examen à l'entrée: faciès abdominal aigü. Température normale, pouls 130.

Abdomen distendu et tympanique.

A la palpation profonde, une masse irrégulière pouvait être perçue dans la partie la plus basse, recouverte par l'intestin distendu et pouvait seulement être sentie en repoussant l'intestin. Elle montait presque aussi haut que l'ombilic et s'étendait en travers de l'abdomen.

Des bosses nodulaires arrondies se trouvaient à droite et à gauche (la gauche se trouvait être l'éminence dorsale du fœtus, l'autre son avant-bras droit), la masse paraissait descendre dans le pelvis et était fortement fixée.

Elle était si dure que je faisais remarquer aux étudiants présents que je supposais avoir affaire à un gros fibrome utérin calcifié, mais qu'elle se montrait assez dure pour être une tumeur osseuse jaillissant du promontoire sacré.

On ne fit pas d'examen vaginal, parce qu'elle était placée sur la table d'opération quand je la vis pour la première fois, et l'état général étant très mauvais, on pratiqua l'opération à 5 h. 20.

A l'ouverture de l'abdomen, par une incision médiane, de nombreuses anses intestinales distendues, congestion-

nées, se présentaient. en les mettant de côté avec des écarteurs, la bosse osseuse de la courbure dorsale du fœtus apparut du côté gauche de la patiente. L'intestin et l'épiploon étaient partout adhérents au fœtus osseux, mais les adhérences pouvaient être libérées avec une compresse et ne saignaient pas beaucoup.

Graduellement, la totalité de la moitié basse du fœtus fut mise à nu. Des morceaux d'épiploon étaient étroitement enroulés autour des deux membres (bras droit et jambe gauche) qui saillaient avec un intervalle de la masse du corps.

Celle-ci dut être dissociée. Tout ceci fut fait pour essayer de découvrir le fragment intestinal obstrué, mais tout le petit intestin apparaissait distendu et il était évident qu'il serait nécessaire d'enlever le fœtus entièrement pour remédier à l'obstruction. La tête et le dos du fœtus descendaient dans le côté gauche du pelvis et étaient très fermement fixés. La tête sortait apparemment de la cavité péritonéale dans le ligament large gauche. Elle était enlisée dans un tissu fibreux, épais, auquel elle était adhérente.

Le tissu fut décortiqué et le fœtus enlevé.

L'occlusion intestinale fut alors trouvée sur l'iléon à deux pouces de la valvule iléo-cœtale ; une partie de celui-ci (grêle) sur trois quarts de pouce de large, avait été étroitement comprimée par le membre inférieur droit du fœtus.

L'intestin comprimé, quoique considérablement endommagé, parut viable; le sang dans le péritoine et le pelvis fut alors aspiré, quand une masse dure, arrondie, fut découverte du côté droit du pelvis; c'était le placenta calcifié, enlisé dans une capsule de tissu fibreux; il fut vite énucléé.

Comme le tissu cellulaire du pelvis avait été ouvert largement des deux côtés, un drain vaginal sembla nécessaire.

Une longue pince à bec fut passée à travers la paroi vaginale postérieure, par en-dessous et un tube large poussé à travers le Douglas à partir de l'incision abdominale. La plaie de la paroi abdominale fut alors suturée avec du catgut.

L'opération dura 35 minutes et l'état de la patiente à la fin était parfaitement satisfaisant. Elle sortit de l'anesthésie et resta très bien dans le statu quo pendant quelques heures.

Des injections par le rectum furent données ainsi que des injections hypodermiques :

Elle fut relevée en position demi-assise.

Rapidement, ensuite, une évacuation intestinale copieuse survint, inondant le lit de matières fécales. Elle tomba immédiatement en collapsus, devint sans pouls et mourut en quelques minutes.

Ici description du lithopédion.

Placenta : Poids 50 gr. Mesure 3 pouces x 2 1/2 x 2 ; à la forme d'un rein épais arrondi, la surface externe (maternelle) montrant quelques traces de lobulation.

Du tissu fibreux adhère intimement à la surface, la masse, quoique calcaire, n'est pas très dure, et en plus d'un point, il y a tendance à s'effriter.

L'histoire explicite obtenue par le docteur Smith rend évident que le fœtus avait, dans ce cas, été retenu dans l'abdomen pendant une période de quinze ans et demi.

La fécondation survint au commencement de 1892; la

grossesse, qui était tubaire, se rompt à la fin de la sixième semaine. Ceci fut accompagné d'une hémorragie intra-péritonéale; mais comme le fœtus survécut à la rupture, il est presque certain que le sac amniotique doit avoir échappé au dommage. Le fœtus ainsi rendu libre dans la cavité péritonéale, continua à se développer jusqu'au sixième ou septième mois.

Sa mort ne fut accompagnée d'aucun phénomène de faux travail, et aucune membrane déciduale ne parut avoir été expulsée.

Le fœtus se trouve ultérieurement séparé, à quelque distance du placenta, la tête occupant le côté gauche du pelvis, le placenta la droite.

Il ne resta aucune trace de cordon ombilical ou de membrane. La survivance et la calcification du placenta semble être d'une rare occurrence, car dans de nombreux cas rapportés de lithopédions, aucune mention n'est faite de placentas retrouvés.

Par son aspect chirurgical, le cas est d'un grand intérêt et d'une grande rareté; en effet, je n'ai pas été capable de trouver rapporté un cas semblable d'obstruction ainsi provoquée.

Cette obstruction aiguë, survenant après que le fœtus était resté tant d'années dans la cavité péritonéale, sans causer de troubles sérieux, apparaîtra incroyable.

La terminaison fatale fut désappointante, car, après l'opération, il ne semblait pas déraisonnable de croire que

la malade en revint ; mais quand l'obstruction et la distension abdominales ont duré quelques jours, le collapsus soudain, après évacuation rapide de l'intestin, n'est pas rare et ceux qui ont eu affaire à nombre de ces cas, ne seront pas étonnés de ce genre de mort.

OCCLUSION

SUBAIGUE PROGRESSIVE

**Observation 48. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
causant une obstruction de l'intestin
Opération . Guérison.**

PRATT

En mars 1899, le docteur Pratt de Elmira est appelé auprès d'une malade de 22 ans, mère d'un enfant, dont l'accouchement a été normal, et qu'elle nourrit jusqu'à un an.

Les règles sont normales jusqu'au 15 octobre 1888.

A partir de cette date, jusqu'au 25 décembre, les règles sont supprimées, la malade présente des nausées le matin et parfois des coliques dans le bas-ventre.

Ces symptômes deviennent de plus en plus marqués, en même temps que survient de la difficulté pour aller à la selle, qui s'accroît de plus en plus, si bien qu'au moment où le médecin la voit pour la première fois, la malade n'avait pas eu de garde-robe depuis dix jours, malgré de gros efforts et l'emploi de purges et de lavements.

L'examen montre un abdomen augmenté de volume et distendu. La région sous-ombilicale est dure et rénitente, alors que la région sus-ombilicale est dépressible et tympanique.

Dans le bas-ventre, à droite, on perçoit nettement une tumeur atteignant presque l'ombilic et à gauche une autre tumeur paraissant être une portion de la première tumeur, mais de ce côté elle n'atteint pas l'ombilic.

Pas de démarcation entre les deux tumeurs.

Par le toucher vaginal, on sent une grosse masse remplissant la cavité pelvienne. Les signes d'obstruction deve-

nant de plus en plus marqués (pas de selles depuis treize jours).

On pratique une incision du cul de sac postérieur avec un cauthère de Pacquelin. Les parois épaissies du vagin sont lentement sectionnées par le thermocautère et quand l'incision est complète, il s'échappe plusieurs onces de liquide jaunâtre ambré, et une petite main de fœtus sort par l'ouverture.

On élargit alors l'incision avec le thermocautère, de façon à pouvoir y introduire deux doigts ; on attrape un pied et l'on pratique une version avec beaucoup de prudence et de douceur, le fœtus tourné est extrait, mais on ne fait aucune manœuvre pour essayer d'extirper le placenta.

La cavité kystique est bourrée de coton pour arrêter l'hémorragie.

A la fin de l'intervention, on ranime, avec beaucoup de peine, la malade, en état de collapsus complet.

Vingt-quatre heures après, on essaie d'enlever le tamponnement, ce qui déclanche une nouvelle hémorragie. On laisse les tampons en place pendant quatre vingts heures.

Le placenta s'élimine morceau par morceau à chaque pansement quotidien.

Au niveau de l'adhérence la plus solide du placenta, se forme une fistule recto-vagino-kystique, par laquelle s'échappent gaz et matières. Cette fistule se tarit spontanément en trois semaines. Guérison.

Cette fistule se tarit spontanément en trois semaines.

Il s'agit donc d'un volumineux kyste extra et rétro-uté-

rin, faisant saillie dans le vagin, fixé et adhérent par ses parois, de tous les côtés, aux organes voisins.

L'auteur ajoute que c'est la première fois qu'il voit un kyste ayant atteint un tel volume.

La guérison fut obtenue après intervention par voie vaginale.

Observation 49. — HEMATOCELE RETRO-UTERINE OBSTRUCTION INTESTINALE

Laparotomie. Drainage. Guérison.

GROSS

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, originaire des environs de Saint-Dié, entrée le 12 août 1903, à l'hôpital civil de Nancy, salle n° 6.

L'histoire qu'elle raconte est la suivante :

Réglée toujours normalement jusqu'en mai 1903, elle a une période très peu abondante en juin, la période de juillet n'a pas lieu; mais depuis la fin de juin jusque vers le 16 juillet, elle a un écoulement rosé peu abondant, ne survenant qu'à la suite de fatigue.

Pendant toute la période comprise entre la fin de juin et le 16 juillet, douleurs vagues dans le bas-ventre, sensation de pesanteurs, sans localisation ni caractère bien précis.

Vers le 18 juillet, douleur brusque dans le ventre, douleur très forte. La malade est obligée de s'aliter; un médecin appelé constate une température de 38°, de la réaction

péritonéale (défense de la paroi), un pouls fréquent. Il prescrit des applications de glace, de l'opium, le repos absolu.

Tout semble rentrer dans l'ordre, mais seulement pour quelques jours, car vers la fin juillet, 24 ou 25, apparaissent des vomissements qui persistent jusqu'au jour où elle est envoyée à l'hôpital.

Les vomissements, d'abord verdâtres, deviennent dans les premiers jours d'août brunâtres, avec odeur fécaloïde.

Ces vomissements s'accompagnent de douleurs abdominales très fortes, de coliques violentes, dit la malade ; en même temps, une diarrhée qui dure un ou deux jours, et ensuite arrêt complet des matières et presque complet des gaz.

La malade supprime toute alimentation, même liquide, car la moindre absorption de liquide provoque des vomissements.

Elle entre à l'hôpital le 12 août.

C'est une femme amaigrie, très pâle.

A l'interrogatoire, rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a jamais été malade. Elle a eu deux grossesses normales, suivies d'accouchements normaux. Les suites de couches ont été normales.

Le soir de son entrée, le thermomètre marque 38°, le pouls est à 110-120, petit, fuyant.

Le faciès de la malade est très grippé.

Elle vomit très fréquemment, les vomissements sont brunâtres, à odeur nettement fécaloïde.

Elle a des douleurs abdominales très violentes, sans localisation précise ; elles surviennent très fréquemment, toutes les dix minutes environ, et chaque fois nous les

vérifions : on peut voir les anses intestinales se dessiner sous la paroi, on peut en suivre le péristaltisme.

La douleur disparaît, le ventre reste seulement un peu ballonné.

A la palpation, dans la fosse iliaque droite, on devine plutôt qu'on ne la sent, *la paroi se défendant et le ventre étant très ballonné*, une masse dont on ne peut préciser ni les limites, ni la consistance, mais très douloureuse à la pression.

Le toucher vaginal pratiqué montre que l'utérus est refoulé en avant, immobilisé derrière le pubis ; le col est derrière la symphyse ; il semble que sa consistance n'est pas normale, un peu ramollie. La lèvre postérieure est masquée par une masse dure qui bombe dans le cul de sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral droit. Le cul-de-sac latéral gauche est libre.

Le toucher rectal montre que l'ampoule rectale est libre, mais le rectum est aplati par la masse perçue dans le vagin.

L'examen de la malade ne donne pas d'autres renseignements. On porte le diagnostic d'occlusion intestinale due à la compression du gros intestin par une tumeur pelvienne que l'on peut regarder, en raison des commémoratifs (début, évolution, modification du col) comme une hématocele retro-utérine enkystée.

L'état général dans lequel se trouve la malade rend urgente l'intervention : on décide la laparatomie.

Elle est pratiquée, le 13 août, sous chloroforme, par M. le professeur agrégé Michel.

Cette intervention confirme le diagnostic. On trouve

derrière l'utérus une masse à laquelle un paquet d'intestin grêle est fusionné.

Cette masse, de consistance rénitente, est ponctionnée avec un trocart de l'appareil de Potain : la ponction donne du sang noir. Le ventre étant le mieux garanti possible au moyen de compresses, on incise franchement la poche au niveau de l'orifice de ponction et l'on retire de nombreux caillots noirâtres.

On nettoie le mieux possible la cavité, dont les parois sont formées d'une part par l'utérus et les annexes droites, d'autre part par les anses grêles, complètement fusionnées entre elles.

La partie de la poche formée par les annexes droites, absolument méconnaissable, est extirpée, le reste est marsupialisé ; les débris de la paroi étant fixés au péritoine pariétal, l'utérus est laissé en place.

Un drain est placé dans l'abdomen, un autre plonge dans la cavité que l'on tamponne légèrement avec une mèche taillée dans une compresse stérilisée. Fermeture de la paroi. Sérum.

Les suites opératoires furent tout à fait normales, les vomissements et les douleurs disparurent aussitôt l'opération.

La température et le pouls redevinrent normaux le lendemain.

Le drain abdominal fut enlevé à la fin du deuxième jour ; la mèche fut enlevée le quatrième jour, le tube drainant la cavité le sixième.

Quinze jours après l'intervention, l'orifice de drainage était complètement fermé et la malade quittait le service complètement guérie à la fin de la troisième semaine.

**Observation 50. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
HEMATOCELE. OCCLUSION INTESTINALE**

M. CHEVALIER in th. JACQUET

Le 16 novembre 1882, à 7 heures du soir, la femme X..., âgée de 33 ans, est apportée à l'hospice de la Charité, salle Ste-Marie, n° 12.

La femme a joui, jusque-là, d'une santé excellente.

Réglée à quatorze ans, la menstruation a toujours été très régulière.

Une grossesse il y a dix ans. Accouchement normal.

Suppression des règles depuis quatre mois, quelques semaines plus tard, vomissements, tuméfaction des seins.

Il y a quinze jours, réapparition d'un léger écoulement sanguin par la vulve, coïncidant avec une diminution notable des seins.

A son entrée à l'hôpital, on constate les signes suivants :

Ballonnement du ventre, arrêt des gaz et des matières depuis huit jours. Depuis deux jours seulement, coliques, nausées, vomissements alimentaires et glaireux.

Par le toucher vaginal et surtout par le toucher rectal, on constate la présence d'une tumeur volumineuse, incluse dans la cavité pelvienne. Cette tumeur est immobile, lisse, uniforme, rénitente et donne au doigt la sensation d'une poche kystique fortement tendue.

Le col est un peu mou, légèrement entr'ouvert, mais ne présente rien de caractéristique.

L'exploration abdominale est rendue très difficile par

la distension exagérée de la paroi, sous laquelle on voit se dessiner les anses intestinales.

Une sonde métallique, introduite dans la vessie, ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine.

Cathétérisme rectal à l'aide d'une sonde œsophagienne de moyen calibre; l'introduction en est douloureuse, difficile et très incomplète. Un litre d'eau tiède, injecté par la sonde, ressort immédiatement sans entraîner de matières.

17 novembre, même état. Administration de trois gouttes d'huile de croton dans un julep gommeux. Deux heures plus tard, vomissements bilieux et abondants.

Dans la soirée, un lavement purgatif, contenant 50 grammes de sulfate de soude et 60 grammes de miel de mercuriale, est porté aussi haut que possible dans le rectum, à l'aide d'une sonde œsophagienne : insuccès. Les vomissements porracés persistent ; dès quatre heures du soir, ils exhalent une odeur fécaloïde.

18 novembre. — La malade a passé une bien mauvaise nuit on se décide à intervenir. Ponction de la tumeur au niveau du cul-de-sac postérieur à l'aide d'un trocart droit : issue d'abord de sérosité pure (100 grammes environ), suivie de sang pur, mélangé de petits caillots noirâtres. Cette évacuation ne modifie pas sensiblement le volume de la tumeur, qui était remplie de caillots, ainsi que l'autopsie va nous l'apprendre.

A l'hystéromètre, l'utérus donne 13 centimètres. Cet organe est refoulé en avant et à droite.

En présence de tous ces signes : suppression des règles, tuméfaction des seins, hypertrophie de l'utérus, M. Laroyenne n'hésite pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Bien plus, il pense que la réapparition de

l'écoulement menstruel, il y a quinze jours, et la diminution des seins, à ce moment, doivent faire songer à la mort du fœtus.

En auscultant soigneusement la région hypogastrique, on entend des battements au niveau de la fosse iliaque droite; mais ces derniers sont isochrones au pouls, qui est lui-même très rapide, 140, à l'aide d'une sonde rectale on injecte un siphon d'eau de Seltz : insuccès.

Le soir, le ballonnement du ventre est extrême, les vomissements fécaloïdes persistent, la dyspnée s'accroît, l'asphyxie devient progressive.

Administration de trois gouttes d'huile de croton dans un pruneau.

On atténue les vomissements à l'aide de petits fragments de glace.

Dans la nuit, l'état général s'aggrave et la malade succombe, le 19 novembre, à une heure du matin, avec tous les signes du choléra herniaire: cyanose, sueurs visqueuses, refroidissement des extrémités.

L'autopsie est faite trente-trois heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une poche kystique, d'un reflet noirâtre, adhérente au gros intestin et à la cavité pelvienne.

La masse morbide occupe tout le cul de sac utéro-rectal et empiète un peu sur la fosse iliaque droite. La paroi de ce kyste est épaisse, stratifiée, 8 à 10 m/m. environ. La main, introduite à l'intérieur, pénètre à travers de nombreux caillots jusqu'au fond du cul de sac utéro-rectal, d'où on retire un fœtus de trois mois environ. Il présente une

longueur de 15 cm. 1/2 et un poids de 125 grammes. Il n'est pas macéré.

Le rectum est aplati contre la cavité du sacrum et l'S iliaque est bourré de matières fécales.

**Observation 51. - GROSSESSE TUBAIRE
simulant la rétroversion d'un utérus gravide
causant une OBSTRUCTION INTESTINALE chronique
et s'accompagnant d'un HEMATOSALPINX
d'une Trompe non gravide.**

GILES et MACLEAN

Mme F..., âgée de 38 ans, est admise à l'hôpital Chelsea, le 10 septembre 1895, dans le service du docteur Giles, avec l'histoire suivante :

Antécédents familiaux sans importance.

Antécédents personnels: jusqu'à son mariage, il y a treize ans, elle a toujours été bien portante.

Ces dernières années, elle a souffert de flatulence gastrique, les selles étaient régulières.

Bien réglée, règles peu abondantes, non douloureuses.

Depuis trois mois, absence de règles.

Mariée à 25 ans, pas de grossesse.

La maladie actuelle a débuté en juin.

La malade a été prise subitement de douleurs abdominales intenses avec vomissements. Soignée pendant un mois, elle se remit et rentra chez elle allant mieux.

Au bout de quinze jours, crise douloureuse, plus forte que la première, avec vomissements, en même temps, coli-

ques utérines, mais elle ne se rappelle pas avoir perdu du sang.

Son état s'aggravant, le docteur Giles fut appelé, qui décida son transfert à l'hôpital, où elle est admise le soir même.

Etat à l'entrée: pouls 122.

Température : 104 F.

Faciès tiré, corps amaigri, émacié, cœur et poumons normaux.

Les seins contiennent du colostrum.

L'abdomen est très distendu et tympanique, rendant la palpation impossible.

La percussion donne une hyperrésonnance.

Pas de sensibilité localisée.

Pas d'écoulement vaginal.

Le col mou, abaissé à direction verticale, est comprimé contre le pubis.

La cavité pelvienne apparaît remplie par une masse dure, située derrière le col, comprimant celui-ci et l'anse sigmoïde, le fond utérin ne peut être mis en évidence, la palpation bi-manuelle est impossible, étant donné la distension abdominale.

Rectum rempli de matières.

Diagnostic :

La dureté du dôme vaginal fait faire le diagnostic de cellulite pelvienne avec obstruction intestinale due à la compression de l'anse sigmoïde, par un processus inflammatoire.

D'autre part, l'aménorrhée de trois mois, la mollesse du col et la sécrétion mammaire font penser à la grossesse.

La cellulite se trouvant aggravée par la présence d'un utérus gravide retroversé qu'augmentait la compression.

La possibilité d'une grossesse extra-utérine avec inflammation pelvienne fut discutée, mais ce diagnostic n'était pas évident car la masse derrière l'utérus était trop importante et trop dure et son siège était tellement médian que la chose semblait improbable.

Evolution et traitement. — Diète hydrique, évacuation du rectum par lavement, ce qui n'amène pas de diminution de volume de l'abdomen. Pendant quelques jours, diarrhée.

La température reste pendant quelques jours, autour de 101 F. Le 17 septembre, elle monte à 103 F.

Le 14 septembre, lavage gastrique.

Ayant posé le diagnostic de retroversion d'utérus gravide, on endort la malade à l'éther et l'on tente de réduire la rétroversion, en essayant de refouler en avant la masse située derrière le col, mais l'on ne peut y parvenir.

On introduit alors une sonde rectale, qu'on fait remonter au delà du rebord pelvien pour pallier à l'obstruction. Beaucoup de gaz s'échappent et l'abdomen devient plus mou et moins distendu.

La sonde est laissée à demeure pendant 2 heures, puis retirée, parce qu'elle gêne beaucoup la malade.

Quelques coliques utérines, analogues à celles de l'accouchement, apparaissent, mais sans écoulement sanguin vaginal.

Pendant deux jours les gaz s'échappent librement par le rectum; l'état général ne s'améliore pas et la température se maintient haute.

On appelle en consultation MM. Sutton et Eden pour

envisager l'opportunité d'une intervention par voie abdominale, ils s'accordent pour affirmer que l'état de la malade est tel qu'elle ne supporterait pas l'acte opératoire.

Le 24 septembre, il fut décidé: l'utérus étant gravide, que son évacuation aurait le plus de chance de sauver la malade.

On introduit une sonde qui ne rencontre pas d'obstacle, passe facilement, glisse derrière la symphyse sur une longueur de 3 inches; l'utérus est vide. On pose alors le diagnostic de grossesse extra utérine avec inflammation pelvienne, mais la malade est dans un état trop grave pour pouvoir envisager une intervention.

Le lendemain, le ballonnement a considérablement augmenté, la respiration est difficile, le faciès cyanosé, l'état empire rapidement et elle succombe à midi 30.

A l'autopsie (7 heures après la mort, et limitée à l'abdomen seulement).

L'abdomen est très distendu.

L'intestin (gros et grêle) est rempli modérément de gaz.

Le péritoine pariétal est épaissi partout et présente une teinte gris-bleu uniforme dans les flancs et les fosses iliaques. Exudat bleu-noirâtre autour des anses intestinales de la région sous-ombilicale.

Pas de sang liquide dans la grande cavité abdominale, mais caillot de formation récente de la dimension d'une noisette, près de l'anse sigmoïde.

Pas de sang intra intestinal, la muqueuse intestinale est saine.

Foie et rate fixés par de vieilles adhérences.

Reins, uretères, pancréas normaux.

La cavité pelvienne est tapissée par un exudat inflammatoire bleu-noir et complètement obstruée par une grosse ectopique de la trompe gauche.

L'utérus est repoussé vers la partie droite du pelvis.

Le sac extra utérin s'est développé dans la région postérieure du pelvis, dans l'excavation sacrée.

L'ovaire gauche se trouve pris « en sandwich » entre le sac tubaire et la paroi postérieure gauche de l'utérus.

La trompe droite est repliée en arrière, sa portion ampullaire est le siège d'un kyste et son ovaire est comprimé entre le kyste et la paroi postérieure droite de l'utérus.

Les organes formant le couvercle du pelvis sont le fond utérin, le segment proximal de la trompe gauche, conduisant à la partie supérieure du sac ectopique et le segment proximal de la trompe droite conduisant à la dilatation kystique.

Annexes gauches. La portion proximale de la trompe gauche à 6 cm. de long, de l'utérus au sac, elle a la grosseur d'un crayon, diminuant de calibre à mesure qu'elle se rapproche de son insertion utérine, la portion ampullaire est incarceration dans le sac n'est pas reconnaissable.

Le sac extra-utérin est ovoïde, d'une longueur de 12 centimètres et d'une largeur de 9 centimètres, contenant du tissu placentaire épais en haut et en arrière et adhérent fortement.

Sa rupture donnant issue à du sang liquide et située à sa partie la plus mince, c'est-à-dire dans sa région postéro-supérieure. A ce niveau, on sent la cavité amniotique fluctuante.

A l'ouverture de cette cavité, qui est intacte, il sort

deux onces et demi de liquide amniotique légèrement teinté de sang et un fœtus bien conformé de 12 cm. de long, relié par un cordon ombilical mince, long de 12 cm. au placenta (insertion marginale), la région centrale du placenta est épaisse de 5 mm.

Le méso salpinx est en partie oblitéré par un processus inflammatoire.

L'ovaire est tordu par suite de la compression entre l'utérus et le sac, il ne contient pas de corps jaune.

Annexes droites : hématosalpinx droit de la grosseur d'un œuf de poule, contenant un liquide chocolat et du sang partiellement coagulé.

Ovaire petit.

L'utérus est allongé non globuleux, dimensions externes : 9 cm. sur 5 cm.

Muqueuse turgescente.

Cavité remplie de caillots récents.

Ce cas présente plusieurs points d'intérêt capital:

1° Difficulté du diagnostic.

2° Situation anormale du sac extra utérin, qui occupe une situation exactement médiane dans le cul de sac de Douglas.

3° Possibilité d'une compression par grosseur tubaire des organes voisins.

4° Evolution mortelle en l'absence d'intervention. La cause de la mort est l'occlusion intestinale et le collapsus.

**Observation 52. — ETRANGLEMENT INTERNE
par CICATRICES suite d'une HEMATOCELE
retro-utérine.**

M. MAGNIN

Jeanne-Marie J. de Tramayes (Saône-et-Loire) a accouché il y a un an à 7 mois de grossesse. C'était sa deuxième couche, l'enfant n'a pas survécu.

Deux mois après eut lieu le retour des règles, mais incomplet et accompagné de douleurs prolongées dans l'abdomen, qui nécessitèrent l'entrée de la malade à l'hôpital de Villefranche, où elle séjourna trois mois : depuis là, dysménorrhée.

A son entrée à l'hôpital, le 23 juin dernier, cette femme n'avait pas revu ses règles depuis plus de deux mois.

Constipation opiniâtre depuis 15 jours, douleurs fréquentes dans l'abdomen, qui est douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche. On ne perçoit pas de tumeur.

Les jours suivants, les douleurs deviennent de plus en plus vives, elles sont continues ; de temps en temps, surviennent des contractions intestinales douloureuses, visibles à travers les parois abdominales, sur lesquelles les anses intestinales se dessinent avec leurs mouvements péristaltiques ; la tumeur vermiciforme qu'elles déterminent et qui se déplace ainsi à la surface de l'abdomen, offre une résistance considérable à la pression, bien qu'elle soit sonore et ne paraisse pas contenir de matières.

La constipation persiste toujours ; pas de vomissements.

Le 30 juin, M. Chavanne pratique le toucher vaginal ; il ne trouve rien de particulier du côté du col, mais il constate que l'utérus a perdu sa mobilité et se trouve fixé dans une position invariable ; de plus, le doigt perçoit dans le cul-de-sac vaginal un plan résistant, qui s'étend à gauche de l'utérus.

M. Chavanne porte alors le diagnostic d'hématocèle retro-utérine ayant déterminé des adhérences cicatricielles qui étranglaient l'intestin.

Pendant les premiers jours de juillet, les mêmes accidents persistants : tympanisme, constipation, douleurs violentes accompagnant les mouvements intestinaux ; puis des vomissements alimentaires et enfin fécaloïdes.

On cherche à désobstruer l'intestin par des purgatifs administrés sous toutes les formes, ils déterminent des selles insignifiantes et les vomissements et les contractions continuent avec quelques intermittences, mais de peu de durée.

Température oscille entre 37° 1 et 37° 7, un soir seulement elle atteint 38° 2.

Le 19 juillet, le pouls devient filiforme ; la malade est dans une anxiété extrême, en proie à des douleurs intolérables ; les lèvres se cyanosent, la dyspnée augmente et le 21 elle meurt dans le collapsus.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, on trouve des signes de péritonite récente, occupant la cavité pelvienne ; il n'y a pas de matières fécales épanchées, mais seulement un peu de sérosité. Le gros intestin est excessivement volu-

mineux, rempli en entier de matières ; enfin, en l'isolant des parties voisines, on trouve au niveau de la partie postérieure et supérieure de l'utérus, à 15 centimètres au-dessus de l'anus, un étranglement circulaire presque complet, produit par les brides cicatricielles, qui réunissent toute la partie postérieure de l'utérus au rectum et aux parties voisines.

Au-dessus de cet étranglement, à 1 centimètre environ, se trouve une perforation qui paraît récente, à bords nets, circulaires et à travers laquelle les matières s'échappent si on comprime l'intestin.

Observation 53. — Un cas de suppuration tardive d'une
HEMATOCELE RETRO-UTERINE
ayant déterminé de l'occlusion intestinale.

J. ARNOULD

Pozzi écrivait en 1907 : « un fait domine la thérapeutique de la grossesse ectopique, à toutes les périodes de son évolution, elle constitue un danger formidable : danger d'hémorragie mortelle à la première période, danger de péritonite et de septicémie à la seconde, danger de suppuration interne et de compression, alors même qu'elle est inerte ».

L'observation qui suit est l'histoire d'un de ces « reliquats en apparence inerte », qui suppure au bout de dix ans et qui détermine une compression de l'intestin.

Mme H..., 36 ans, s'est mariée en avril 1912.

A partir du 24 mai 1912 apparaissent des signes de gravidité en même temps que des pertes rosées.

La malade ressent une douleur abdominale violente le 29 juin.

Le 26 juillet 1912, une nouvelle crise douloureuse s'accompagne d'état nauséux et de vomissements.

Le diagnostic de grossesse ectopique rompue avec existence d'une hématocele retro-utérine est formellement posé par un chirurgien averti, mais aucune intervention n'est pratiquée.

Après une grossesse normale, accouchement à terme en mai 1914. Second accouchement normal en mai 1919.

Enfin, après une troisième grossesse normale, la malade accouche le 11 mai 1922. Les premiers jours tout paraît aller bien, lorsqu'à dater du 16 mai 1922, la fièvre s'allume et s'installe progressivement.

D'emblée cette élévation thermique paraît plutôt due à une maladie générale qu'à une infection d'origine obstétricale. Il n'y a d'ailleurs aucun signe d'infection génitale.

Le 20 mai, le séro diagnostic de Widal est positif pour l'Eberth (docteurs Ranque et Senez) et cette fièvre typhoïde suit un cours régulier ; mais le 15 juin, la température qui tendait à baisser remonte brusquement et la courbe présente dès lors de grandes oscillations. Il y a des frissons et une atteinte sérieuse de l'état général.

La malade accuse des douleurs abdominales violentes.

Le 23 juin 1922, j'examine pour la première fois Madame H..., l'état général est mauvais et la température ne descend plus au-dessous de 38°. Le ventre est souple.

Par le toucher vaginal et par le toucher rectal, on sent

dans le cul-de-sac de Douglas une masse mollassse, non fluctuante, peu douloureuse.

Les jours suivants, cette masse augmente de volume, se ramollit et le 27 juin, je pratique, à domicile, une colpotomie postérieure, qui donne issue à une verre de pus, après que pince et doigt eurent détruit un feutrage d'adhérences. Il s'agissait évidemment de l'hématocèle ancienne.

Les jours qui suivent cette évacuation, il y a une chute relative de la température du matin, l'état général se remonte progressivement et tout fait espérer que bientôt une intervention vraiment curatrice pourra être pratiquée.

Le 30 juillet, je suis appelé de nouveau auprès de la malade, qui présente depuis une semaine des signes d'occlusion intestinale progressive : ventre ballonné, arrêt à peu près absolu des gaz et des matières; celles-ci semblent être passées à la filière.

Au toucher vaginal, on sent dans le Douglas la masse déjà reconnue le mois précédent, mais plus dure.

Le toucher rectal décèle l'existence, à huit centimètres environ au-dessus de l'anus, d'un anneau serré, d'une dureté cartilagineuse, ne se laissant dilater ni par le doigt, ni par une sonde.

La muqueuse rectale paraît saine et on a l'impression que la lumière intestinale est étranglée par une constriction périrectale. En raison de ce syndrome d'occlusion progressive et malgré un état général encore précaire, une intervention libératrice est décidée. Elle est pratiquée le 31 juillet.

Opération : anesthésie générale à l'éther avec l'ouvre-bouche de Mayo. Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Le petit bassin est comblé par une masse constituée

par la trompe droite volumineuse et dure, plongeant dans le Douglas et plaquée sur le sacrum. La trompe est elle-même englobée dans une masse plus élastique, constituée par un feutrage d'adhérences très serrées, parsemées de géodes remplies de pus. L'intestin est noyé dans cette masse.

L'hystérectomie subtotale première donne un peu de jour; puis un aide introduit dans le rectum une grosse sonde de Chatel-Guyon et, sur ce guide, la décortication sous-séreuse du rectum est pratiquée. Il n'y a aucun plan de clivage et l'isolement de la gangue péri-rectale est laborieux.

Ovario-salpingectomie droite et salpingectomie gauche complètent l'hystérectomie. Vu l'âge de l'opérée, l'ovaire gauche est laissé en place. Drainage vaginal par l'orifice de la colpotomie pratiquée le 27 juin. Suites opératoires normales.

Pièces en mains, la trompe droite qui, vraisemblablement, fut le siège de la grossesse ectopique, a le volume d'une grosse aubergine; elle est dure. Les docteurs Ranque et Senez ont bien voulu pratiquer l'examen histologique de cette trompe.

Les différents fragments de la trompe coupés aux différents niveaux, nous ont permis, à l'examen des coupes, de faire les constatations suivantes :

« La presque-totalité du tissu est nettement fibreux; on note dans les zones conjonctives, moins scléreuses, une infiltration par des éléments jeunes et par des éléments de la série lymphoïde. »

Somme toute, l'examen histologique ne révèle l'existence d'aucune infection spécifique, mais de lésions bana-

les que l'on rencontre dans les processus d'inflammation chronique.

**Observation 54. — HEMATOCELE RETRO-UTERINE
SUPPUREE. Ouverture dans le rectum.
Occlusion intestinale aigue.**

par MM. BOPPE et ROUFFART

Mme X..., quarante-trois ans, entre dans le service du docteur Hartmann, le 3 novembre 1924, pour vomissements, arrêt des matières et des gaz, avec ballonnement considérable du ventre.

La malade, habituellement bien réglée, présentant au mois d'octobre un retard de six à huit jours, se croit enceinte, pratique le 16 octobre, sur elle-même, des manœuvres abortives, par introduction d'une sonde intra-utérine.

Les jours suivants apparurent de la fièvre, des douleurs vives, localisées au-dessus de l'arcade crurale.

Un médecin appelé diagnostique une péritonite, prescrit repos et glace.

Il aurait constaté dans les jours qui suivent un gros empatement au-dessus et à droite du pubis.

Brusquement, le 25 octobre, la malade évacue par le rectum une grande quantité de liquide noirâtre, comme du pus sale, elle se sent soulagée, la température tombe, la tuméfaction disparaît, mais, brusquement, dès le soir de ce jour, apparaissent des phénomènes nouveaux : coliques abdominales, vomissements, le ventre se ballonne, la malade n'émet ni matières, ni gaz.

Nous voyons la malade au huitième jour des accidents.
Le diagnostic d'occlusion intestinale du grêle est évident.

L'abdomen est énorme, des anses distendues montrent sous la peau leurs contractions.

L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

Le toucher vaginal montre le col bas situé, repoussé en avant par une masse dure, douloureuse, bloquant les culs-de-sac.

Le toucher rectal montre l'existence d'une tuméfaction douloureuse, pré-rectale.

L'état est misérable, femme squelettique, déshydratée, dypnéique, yeux cernés, température 37°, pouls petit, mal frappé à 154, langue sèche.

On pratique immédiatement un lavage d'estomac, qui ramène une énorme quantité de liquide fécaloïde. La malade se sent soulagée.

En raison de la gravité de l'état général, on fait l'intervention minima : Fistulation d'une anse grêle distendue par une incision à l'anesthésie locale dans la fosse iliaque droite.

La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Les anses grêles apparaissent très distendues, unies entre elles par des adhérences lâches.

On constate de suite que l'enterostomie a porté sur une anse dilatée de la fosse iliaque droite.

Les anses se dirigent vers la partie droite du pelvis, où elles adhèrent, coudées à un angle très aigu, les unes très dilatées, les autres de calibre normal.

On essaye de les libérer, mais elles se déchirent en plusieurs endroits.

On effondre alors une collection para et rétro-utérine droite, constituée par du liquide noirâtre, au milieu duquel on trouve un gros caillot adhérent.

On enlève l'utérus et les annexes.

L'aspect de l'utérus paraît normal, mais la trompe droite, bien que diffluente, présente l'aspect d'une trompe de grossesse tubaire.

On prélève, pour l'examen histologique, la trompe droite et le gros caillot adhérent. Malgré un examen minutieux, il est impossible de trouver le point où la collection s'est ouverte dans le rectum.

Examen histologique du caillot. (M. RENAUD).

Gros caillot, au milieu duquel sont irrégulièrement réparties des villosités choriales indiscutables avec leur axe conjonctif lâche, entouré d'une couche de cellules épithéliales basses, bien régulières.

A la périphérie, le caillot est entouré d'une véritable infiltration purulente.

L'histoire peut donc être reconstituée de la façon suivante :

Hématocèle retro-utérine, manœuvres abortives, dont le résultat fut probablement l'infection de l'hématocèle.

Ouverture de la poche dans le rectum.

La collection se rétracte brusquement dans le pelvis, entraînant et coudant à sa suite des anses grêles adhérentes aux parois de la poche, d'où l'occlusion intestinale aiguë.

Observation 55. — GROSSESSE INTRA-PERITONEALE
avec fœtus de six semaines. PERITONITE HEMOR-
RAGIQUE avec brides et gros caillots hématiques.
Marche clinique simulant un étranglement
interne compliqué d'accidents péritoneaux.

BEHIER

Il s'agit d'une femme, couchée salle Saint-Antoine, âgée de 33 ans, couturière, mariée et mère d'un enfant de quatre ans.

Son teint est pâle, cireux, son faciès amaigri et fatigué. Elle se plaint surtout de douleurs vagues dans la région hypogastrique, dans les fosses iliaques et dans les reins.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle a eu en dehors de son époque menstruelle, un écoulement sanguin léger, qui a duré deux ou trois jours. Pas de selles depuis une semaine.

Le ventre est un peu tendu, médiocrement douloureux à la pression. La palpation ne révèle l'existence d'aucune tumeur très volumineuse ; mais par le toucher on constate l'existence de fécès dures, assez bien arrondies, et qui auraient pu donner le change, si l'on eût porté quelque attention à ce diagnostic spécial.

Bruit de souffle anémique au cœur. Rien aux autres organes. On prescrit donc un purgatif et un lavement.

Selles assez copieuses. Mieux notable, le lendemain à la visite. La douleur hypogastrique persiste. Toutefois, la malade se sent mieux, elle essaie même de se lever et on la

croyait en voie de guérison, quand, le 8 novembre, surviennent des vomissements verdâtres répétés. La constipation reparait absolue.

Douleur hypogastrique très accentuée. Hoquet, pouls 86 ; température 37°5. Traitement : vésicatoire à l'épigastre, eau de sedlitz en tisane, lavement d'eau de Seltz.

Le 10 novembre, persistance des vomissements, selles très peu abondantes, muqueuses. Inappétence absolue ; elle ne prend qu'un peu de bouillon. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression. Pas de fièvre. Pouls 92. Température 37°2 matin et soir.

Le 11, selles toujours peu abondantes, persistance des vomissements brunâtres, d'aspect fécaloïdes, mais sans odeur caractéristique. Douleurs lombaires intenses.

Le 12, les vomissements persistent. Le pouls est petit filiforme, battant 100 à 120. Température 37°.

Le faciès est grippé, les yeux enfoncés.

Douleurs abdominales intenses, la malade se contorsionne pour ainsi dire. Ventre très sensible à la pression, légèrement tympanisé. Plaintes continuelles, crampes dans les mains.

En face de ces douleurs si vives et malgré la constipation, phénomènes qui rappelaient à un haut degré les accidents de l'étranglement interne, on fait deux injections de morphine à la malade, afin de lui procurer un peu de calme. La nuit a été presque calme.

Le lendemain 13, persistance des vomissements jaunâtres. Pas de selle. Ventre empâté, donnant la sensation d'un gâteau. A la palpation, résistance manifeste dans la

fosse iliaque droite. Pouls 116. Température 37°8 le matin et 37°4 le soir.

On pratique le toucher. Le col est dirigé vers la partie postérieure du vagin ; l'utérus est immobile et comme solidement fixé par des adhérences.

Dans le cul-de-sac postérieur, on continue à sentir une série de tumeurs arrondies, assez résistantes, que l'on prend pour des amas de matières fécales.

Un lavement purgatif est administré.

Le 14, faciès un peu reposé. Forte selle liquide, très colorée à odeur bien accentuée. Vomissements verdâtres, langue sèche. Ventre moins douloureux. Pouls 80, température 36°2 le soir, pouls 72, température 35°. Hoquet fréquent, soif vive, voix faible, casée.

Dans la journée du 15, les vomissements se succèdent presque sans interruption, en alternant avec le hoquet. Langue froide, pouls 60, température 34°4. Le soir la température à 35°8. Faciès tiré. Affaiblissement général. Soif ardente. Urine involontaire. Plus de selle. Elle succombe le 16 au matin.

Autopsie : A l'ouverture de la cavité abdominale, ce qui frappe d'abord, c'est la coloration noire, bleuâtre du grand épiploon et du péritoine.

Dans le petit bassin, à gauche de la ligne médiane, on trouve un gros caillot sanguin rouge, brun, arrondi, du volume du poing, adhérent aux organes utérins, aux anses intestinales.

Le caillot est enveloppé par des feuillettes néomembraneux épais, purement hématiques, formés de couches superposées de fibrine.

En outre, sur plusieurs points du gros intestin et de l'intestin grêle, on trouve des filaments néo-membraneux allant du mésentère sur l'intestin et bridant celui-ci sur plusieurs points.

OCCLUSION PROGRESSIVE

Tableau I.

OBSERVATIONS	DATES	FORMES DE GROSSESSE extra-utérine	AGE	FORMES de l'occlusion	MECANISME	DIAGNOSTIC	DUREE de l'occlusion	SIGNES d'Occlusion	SIGNES en faveur d'une grossesse extra-utérine	INTERVENTION	TERMINAISON
GILES	1895	Sac tubaire prolabé dans le Douglas.	3 mois et demi	Occlusion vraie	Compression du rectum.	Rétroversion d'un utérus gravide	15 j.	Diarrhée puis S. d'obstruction progressive	Retard de règles de trois mois. Col mou. Collostrum dans les seins.	Tentative de réduction manuelle de la rétrov. utér. évacuation de l'utérus qui est trouvé vide.	Mort.
CHEVALIER	1889	Hématocèle enkystée	4 mois	Occlusion vraie	Compression du rectum.	Grossesse extra-utérine	11 j.	Arrêts des matières et des gaz depuis 8 jours. Coliques, vomissements aliment. puis bilieux, porracés puis fécaloïdes	Suppression des règles depuis quatre mois. Vomissements, tuméfaction des seins. Ecoulement vaginal sanglant	Pas d'intervention.	Mort.
BEHIER	1872	Hématocèle ancienne	1 mois et demi	Occlusion vraie	Brides membraneuses multiples étranglant le grêle et le gros intestin sur plusieurs points.	Etranglement interne	16 j.	Constipation 8 j. météorisme douloureux, vomissement, porracés puis fécaloïdes, Diarrhée, puis arrêt des mat. et des gaz.	Pertes sanguines, pas de retard de règles.	Pas d'intervention.	Mort.
HOFFSTATTER	1908	Hématocèle enkystée	17 j.	Occlusion vraie	Agglutination d'anses	Hernie Omphalique Etranglée	7 j.	Constipation opiniâtre. Arrêt des gaz pendant 7 j. Hernie ombil. dure tendue irréductible	Pas de retard de règles. S. de rupture tubaire dix jours auparavant. Douleur abdominale syn-copale.	Laparotomie, Drainage de la poche.	Guérison.
GROSS	1903	Hématocèle enkystée	3 mois	Occlusion vraie	Compression du rectum Agglutination d'anses.	Occlusion due à la compression du colon par tumeur pelvienne. Hématocèle probable	20 j.	Vomissements porracés puis fécaloïdes. Coliques doul. Diarrhée puis arrêt des mat. et des gaz.	Retard de règles de 3 mois. Ecoulement rosé.	Laparotomie, Marsupialisation.	Guérison.
BOPPE	1924	Hématocèle enkystée	3 mois	Occlusion vraie	Coudures adhérentes du grêle.	Occlusion du grêle	8 j.	Pas de selles depuis 8 j., météorisme énorme. Contractions péristaltiques	Retard de règles.	Anus. Iliaque.	Mort.
ARNOULD	1922	Hématocèle ancienne suppurée.	10 ans	Occlusion vraie	Constriction annulaire péri-rectale	Occlusion progressive due à constriction péri rectale par une hématocèle suppurée.	8 j.	Abdomen doul., météorisme profond arrêt à peu près absolu des matières et des gaz (selles passées à la filière).	S. de grossesse ectopique dix ans auparavant, Crises, douloureuses abdomin.	Colpotomie, Laparotomie, Drainage vaginal.	Guérison.
MAGNIN	1875	Hématocèle ancienne	10 ans	Occlusion vraie	Etranglement circulaire du rectum presque complet produit par brides cicatricielles (Perforation rectale)	Hématocèle retro-utérine déterminant étranglement intestinal	6 sem.	Constipation opiniâtre (15 j) doul. abdominales avec contraction péristaltiques. Vomissements aliment. puis fécaloïdes.	Utérus fixé Masse dans cul-de-sac. Pas de signes fonctionnels	Pas d'intervention.	Mort.
PRATT	1889	Kyste foetal	5 mois	Occlusion vraie	Compression du rectum.	Tumeur pelvienne ?	13 j.	Difficulté de la défécation de plus en plus accentuée, puis arrêt des matières depuis 24 jours. Météorisme.	Retard de règles de cinq mois	Elytrotomie.	Guérison.

OCCLUSION CHRONIQUE
A
POUSSÉES SUCCESSIVES

**Observation 56. — Un cas de coexistence de GROSSESSE
TUBAIRE et de GROSSESSE ABDOMINALE**

SOURASKY

La présence simultanée de deux grossesses ectopiques est un fait tout à fait exceptionnel.

L'intérêt de l'observation tient encore à la lenteur de l'affection qui a été tolérée pendant plus de deux ans.

En outre, l'observation illustre la gravité de ces kystes fœtaux géants et la difficulté de leur extirpation. -

Une femme de trente-deux ans, en novembre 1921, est soignée pour une affection baptisée « môle hydatiforme » sur laquelle l'auteur n'a pu avoir de renseignements.

Pendant deux ans et demi, la malade va à peu près bien, souffrant du ventre et ayant de temps en temps *des crises rappelant l'obstruction*.

En mars 1924, elle entre à l'hôpital dans un état grave.

Elle souffre violemment et vomit.

Sa température est élevée.

Son état général mauvais.

A l'examen, on trouve une volumineuse tumeur médiane, mobile, sauf dans le sens transversal.

On pense à une tumeur de nature inconnue avec péritonite diffuse.

L'auteur pratique une laparatomie et trouve un volumineux sac qui contient un fœtus de huit mois macéré et baignant dans un liquide puriforme.

L'extirpation de la masse, adhérente en tous points, est impossible.

On extrait le fœtus et on draine simplement le sac.

La malade meurt cinq jours plus tard.

L'examen nécropsique permet de constater que ce volumineux kyste fœtal était entièrement indépendant de l'utérus, qui avait un volume normal.

Cette tumeur était adhérente au côté droit du fond utérin.

En outre, la trompe droite était très volumineuse et contenait un autre fœtus mort aussi et macéré, d'environ 3 mois.

L'auteur discute le mode de production de ces deux grossesses.

Il semble penser que la grossesse abdominale pourrait avoir été, à l'origine, une grossesse angulaire secondairement extériorisée de l'utérus.

Observation 57. — Grossesse EXTRA-UTERINE HEMATOCELE. OCCLUSION INTESTINALE

WEGNER

Le 25 janvier 1891 M. Wegener fut appelé auprès d'une femme de 25 ans, ayant eu auparavant une grossesse normale, toujours régulièrement réglée et qui fut prise brusquement de violentes douleurs abdominales avec vomissement et rétention d'urine.

Le ventre était sensible à la pression.

Pendant 8 jours, la malade n'alla pas à la selle, le ventre était ballonné et tympanique.

Il crut avoir affaire à une occlusion intestinale.

Elle fut transportée à l'hôpital.

Traitement : glace, opium.

Après 14 jours, le ventre était redevenu souple, apparition des règles.

En même temps que les règles, attaque de collapsus et de douleurs comme la première fois ; ces attaques se répétèrent 4 fois dans l'espace de 12 jours.

Peu à peu, on constata une tumeur qui s'étendit jusqu'à l'ombilic.

A l'opération : grosse cavité sanguine qui contenait un fœtus macéré de 12 semaines.

**Observation 58. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
de trois mois HEMATOCELE RETRO-UTERINE
Compression des uretères et de l'intestin
Occlusion intestinale chronique. Mort.
par urémie.**

LEROUX

Justine C., 29 ans, ménagère, entre le 3 mars 1877, dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la Pitié, dans un état d'anémie extrême.

Cette femme réglée depuis l'âge de 11 ans, avait toujours eu une menstruation régulière, mais toujours aussi ses règles duraient de 12 à 15 jours.

Jeune fille, elle fut d'une bonne santé ; mariée, elle accoucha normalement de trois enfants dans l'espace de plusieurs années, et continua à jouir d'une bonne santé.

Sans avoir de fortes couleurs, elle était loin d'être pâle ; cependant, depuis un an, sans cause connue, elle aurait perdu un peu de ses forces.

Vers le mois de novembre, elle ressent dans le ventre des douleurs assez vagues et se trouve plus faible ; ces symptômes toutefois ne sont pas assez marqués pour l'empêcher de travailler. Cet état persiste jusqu'au 16 février.

Jusqu'alors, ses règles, toujours régulières, apparaissent le 19 de chaque mois, pendant 12 à 15 jours.

Le 19 février, elle est prise de douleurs vagues et voit apparaître ses règles, elle perd à peu près comme d'habitude, lorsque subitement, jeudi 1^{er} mars, alors que ses époques duraient encore, elle ressent des douleurs vives dans le bas-ventre, est prise de nausées, de vomissements et se trouve faible, est étourdie, devient pâle et froide, et croit qu'elle va perdre connaissance.

Pendant toute cette journée, elle accuse de vives coliques et outre une certaine quantité de sang liquide, elle perd, dit-elle, une sorte de « morceau de chair », ce qui, d'après ses réponses, ne devrait être qu'un caillot.

A partir de ce moment, la pâleur et la faiblesse qui l'avaient subitement prise, persistent chez elle, et de plus, un certain degré de surdité, que depuis longtemps elle accusait, s'accroît également.

Le lendemain, elle se trouve encore plus pâle et plus faible, aussi le 3 mars entre-t-elle à l'hôpital.

Etat actuel : cette femme est d'une pâleur extrême, les muqueuses sont complètement décolorées, les lèvres pâles, la face sans être amaigrie, offre la coloration de vieille cire blanche jaunie par le temps ; le regard est éteint, les pupilles dilatées ; il n'y a pas d'œdème. Elle répond bien aux questions, mais présente un tel état de faiblesse, qu'il y a lieu de craindre à chaque minute une syncope, aussi l'examine-t-on sans la remuer.

En découvrant la malade, on trouve sur tout le tégument externe, la pâleur de la face.

L'abdomen est volumineux, dur, tendu ; on y constate la présence d'une tumeur dure, bosselée, assez résistante, mais élastique, occupant toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. En haut, elle commence à deux travers de doigt de l'ombilic et descend en bas juste dans le petit bassin ; elle occupe également la plus grande partie de la fosse iliaque droite, se prolongeant, mais dans une étendue moindre, jusque dans la fosse iliaque gauche.

Une percussion légère démontre que toute cette région est mate, tandis qu'au-dessus on retrouve la sonorité intestinale. Cette tumeur, plus molle en certains points, doit se composer de parties solides et d'autres liquides.

En pratiquant le toucher vaginal, on tombe directement sur le cul-de-sac retro-utérin, qui forme une saillie arrondie, se laissant facilement déprimer et n'offrant ni dureté, ni fluctuation bien manifeste.

Les culs-de-sac latéraux sont également effacés.

Le col est fortement poussé en haut et en avant, derrière le pubis. En recourbant le doigt en crochet, on trouve son orifice entr'ouvert, molasse, permettant l'introduction

de l'extrémité de la phalange unguéale. La femme étant très faible, on lui évite le toucher rectal. Il n'y a pas eu de selles depuis trois jours environ.

Elle ne perd plus de sang par le vagin mais quelques mucosités teintées de sang.

Rien de côté des poumons.

Les battements cardiaques sont réguliers, peu accentués, mais il n'y a aucun souffle ; du côté des vaisseaux, on trouve un bruit de souffle à double courant.

En raison de la pâleur subite, de la faiblesse, de l'anémie, de la tumeur abdominale, etc..., on est conduit à diagnostiquer : hématocele retro-utérine, avec épanchement considérable.

Le lendemain 4 mars, la pâleur est extrême et la malade plus faible que la veille, le pouls petit, mais encore nettement perceptible, vif, régulier : la peau fraîche, surtout aux extrémités. Le ventre est plus tendu, plus dur, plus volumineux ; Dans la soirée du 3, elle eut deux syncopes et des vomissements ; elle n'a pas uriné depuis 24 heures, on la sonde et l'on retire environ un quart de litre d'urine ; dans l'après-midi, la malade a deux syncopes.

5 Mars. — Même état. Il semble toutefois qu'il existe un léger degré d'amélioration ; malgré tout, comme il y a eu plusieurs syncopes la veille et qu'en raison de l'état de faiblesse et d'anémie toujours marqué, il y a lieu de craindre de nouvelles syncopes, on pense à la transfusion du sang. Tout est préparé pour pratiquer cette opération, si les syncopes reparaissent et se répètent coup sur coup au point de menacer la vie de la malade, mais rien ne se produisant, on laisse de côté la transfusion.

La nuit n'est pas mauvaise.

6 mars. — Quelques minutes avant la visite, trois syncopes se succèdent rapidement, aussi trouve-t-on la malade extrêmement pâle, dans un état de prostration assez marqué avec tendance au sommeil.

On ne fait néanmoins pas de transfusion.

Pas de nouvelles syncopes, ni dans l'après-midi, ni dans la soirée ; vers 4 heures, le pouls bat à 108, est petit, mais très perceptible.

7 mars. — Pas de syncope dans la nuit, la malade est plus forte, moins abattue, parle même avec une certaine gaieté ; les extrémités sont plus chaudes et le pouls plus fort. Elle accuse une constipation opiniâtre, mais tous ces jours-ci elle a uriné seule.

9 mars. — Amélioration notable. Pas de syncope. Elle va à la selle et urine spontanément. Le ventre est moins tendu et moins dur ; la langue est sèche, la soif vive, la bouche empâtée.

Les jours suivants, elle est plus calme, moins faible, la constipation reparaît.

Vers le 15, elle se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine ; on ne trouve rien, ni à l'auscultation, ni à la percussion, mais, dès le lendemain, la peau est sèche, chaude, les pommettes sont rouges, le ventre n'est pas plus douloureux que les jours précédents. Dans la soirée, elle a deux vomissements et la température atteint 39°.

Le 17, elle ressent à droite, dans la région iliaque, une douleur assez vive, continue. L'état fébrile est plus marqué que la veille ; le soir, le thermomètre marque 42°2, et comme il n'y a pas de nouveaux vomissements, que le ventre n'est ni plus douloureux ni plus ballonné, on pense qu'une

résorption putride est une cause de cette élévation de température.

Le lendemain, les phénomènes abdominaux sont plus marqués, la douleur au palper assez vive, le ballonnement plus étendu ; la malade a de nouveau eu plusieurs vomissements.

Il y a lieu de penser qu'il s'est fait, autour de la tumeur sanguine, un peu d'inflammation péritonéale.

Toutefois, ces phénomènes durent peu, puisque le troisième jour, c'est-à-dire le 20 mars, ces symptômes ont presque totalement disparu. Pendant quelques jours, la température s'est maintenue très élevée : 39°5 le matin et 40° le soir.

La température s'abaisse le 20, elle n'est que de 38° le matin et de 39° le soir.

Ce même jour, avec l'abaissement de la température, coïncident deux nouveaux phénomènes, l'apparition de quelques gouttes de sang par le vagin, fait qui coïncide avec l'époque de la menstruation et secondement une attaque d'une nature singulière.

Vers 11 heures, subitement, sans cri, sans aura, elle est prise de contractures des quatre membres, qui se maintiennent dans la flexion. La tête est animée de mouvements de rotation de droite à gauche et réciproquement ; les yeux sont également animés de mouvements divers, la langue est projetée au dehors ; pas de morsure, ni salivation, ni mousse ; le pouls est petit, précipité ; les battements cardiaques sourds et rapides ; il y a des faux pas du cœur.

22 mars. — A sept heures du matin, la malade est prise d'accidents épileptiformes à accès multiples, séparés par une détente de durée variable.

Ces attaques se continuent jusqu'au lendemain matin, séparées les unes des autres par des périodes de calme plus

ou moins longues, pendant lesquelles la malade ne recouvre point sa connaissance qu'elle ne reprend guère que le lendemain 23 à 7 heures du matin, après être restée 24 heures dans cet état de crise.

23 mars. — Vers 9 heures, la malade est dans la résolution et paraît avoir sa connaissance : vu son état grave, elle ne peut parler. Elle présente en effet un faciès asphyxique, violacé, la respiration assez lente, fait entendre des râles trachéaux, le pouls 90°, température 39°5. La peau couverte de sueur, la malade meurt le soir à 9 heures.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le grand épiploon descend presque jusqu'au pubis et adhère aux parties sous jacentes ; on le détache dans toute son étendue en décollant ses adhérences profondes. Audessous, on trouve une suffusion pigmentaire noirâtre, qui occupe tout l'abdomen.

Les anses intestinales agglutinées par des adhérences fibrineuses, sont refoulées dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, tandis que la partie sous-ombicale est remplie par le caillot, l'utérus et les annexes.

L'utérus, dont le fond est très visible, est singulièrement porté en haut et en avant, dépasse de trois travers de doigt le niveau du pubis ; il est accolé à la symphyse pubienne, contre laquelle il comprime la vessie ; le bas-fond de l'utérus est recouvert par une partie du noyau fibrineux. De ses côtés, partent des ligaments larges, qui, par leur face antérieures, sont accolées aux parois antérieures et latérales du petit bassin, cette face antérieure des ligaments larges paraît normale.

La tumeur sanguine offre un volume considérable ; en haut, elle s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigts

de l'ombilic, plonge en bas dans le petit bassin, entre le rectum et l'utérus et latéralement se prolonge jusque dans les fosses iliaques, peu du côté gauche, mais du côté droit qu'elle occupe en grande partie.

La tumeur se compose : 1° de la poche ; 2° du caillot.

La poche est formée par les organes voisins, réunis par des dépôts fibrineux et des adhérences molles ; à droite, par le cœcum, le colon ascendant et la fosse iliaque ; en avant, l'utérus et le grand épiploon ; dans le petit bassin, les parois sont formées par le rectum en arrière, l'utérus et les ligaments larges en avant.

Les parois de cette cavité sont lisses dans toute leur étendue, aussi on peut isoler le caillot de tous les côtés sauf au niveau du ligament large droit, aux annexes duquel il semble adhérer plus intimement.

Le caillot se prolonge à un centimètre à peine sur la face antérieure de l'utérus, sur les côtés et en avant ; il ne passe pas sur la face antérieure des ligaments larges qui est d'apparence normale, en arrière il comprime le rectum ; sur les côtés, il s'appuie sur les fosses iliaques, mais surtout sur la droite, il monte presque vers l'ombilic, dont il reste éloigné de trois travers de doigt.

Le contour et la constitution du noyau variant sur les points où on les considère c'est en détruisant couche par couche qu'on peut se rendre compte exactement de ses détails.

Brun, jaunâtre, résistant, élastique à l'extrémité supérieure et à gauche, il devient rouge et cruorique en se rapprochant de la trompe du côté droit.

Sa coupe montre qu'il est formé de plusieurs couches stratifiées, paraissant d'autant plus organisées qu'on se rapproche de la superficie de la masse sanguine. La couleur rouge cruorique semble donc être le résultat de poussées sanguines successives, dont les plus récentes sont les plus rapprochées du ligament large droit.

En continuant la dilacération du caillot, on arrive sur une tumeur molle, élastique, qui fait hernie à travers les dernières couches et s'affaisse en se vidant.

Cette tumeur est la poche des eaux, on y trouve un fœtus attaché par son cordon au placenta.

La vessie est revenue sur elle-même, comprimée contre le pubis. Le rectum est refoulé contre le sacrum.

En réunissant tous ces fragments de caillot, on arrive au poids de 800 grammes. En détachant à droite et à gauche le caillot, on rencontre deux masses molles et fluctuantes qui sont les reins.

Le bassinnet du côté droit a pris un développement considérable, ainsi que l'uretère dont le volume a triplé dans son tiers supérieur jusqu'au niveau du détroit supérieur, point sur lequel il se trouve comprimé par le caillot. Au-dessous, le volume est normal, le rein est un peu plus volumineux, son tissu est assez mou, sa coupe le montre anémié.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Dans le cerveau, ni **épanchement ventriculaire**, ni oedème.

**Observation 59. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
EXPULSION DU FŒTUS PAR LE RECTUM
RETRECISSEMENT DU RECTUM ET COLOSTOMIE
(résumé)**

H.-J. BENHAM

Madame X... âgée de 36 ans, bien portante jusqu'en 1866 date de son mariage. Un semaine après celui-ci, elle est réveillée brusquement une nuit par une douleur subite et extrêmement intense, au niveau du rectum, suivi d'hémorragie abondante.

Pendant les trois mois qui suivirent, elle présente des douleurs rectales aiguës, empêchant le sommeil, accompagnées de fièvre, de décharges de pus par l'anūs et d'hémorragies intestinales, puis elle élimine par l'anūs un gros morceau d'intestin ce qui amène une sédation des signes pendant une quinzaine de jours, c'est alors qu'elle évacue, en allant à la selle, une grosse masse molle et sanglante.

La défécation, depuis le début des accidents, toujours douloureuse, devient maintenant difficile jusqu'à l'été de 1867, où elle est presque complète.

La malade est de nouveau confinée à la chambre.

Trois fistules apparaissent autour de l'anūs, qui jointes à l'irritation du périnée par les décharges de pus continues rendent la station assise impossible.

De plus, la malade ne peut se tenir couchée sur le dos, à cause des douleurs lombaires et sacrées continues, qui l'obligent à rester dans le décubitus latéral.

A peu près tous les 10 jours surviennent des crises abdominales aiguës, avec douleurs, ballonnement, nausées et vomissements.

De temps en temps, par l'anús, ou les fistules, élimination de pus et de débris d'intestin nécrosé de petit calibre.

(Quelques-uns de ceux-ci sont en ma possession et semblent être des intestins de fœtus de 3 mois environ.

Pendant sept ans, la malade reste dans cet état misérable.

Dans l'intervalle des crises aiguës, elle peut cependant vaquer à ses occupations.

Je la vois, pour la première fois, en 1873. Elle est amaigríe, mais non cachectique, l'appétit est bon.

A l'examen, je constate un rétrécissement du rectum siégeant à une *inche et demie* de l'orifice anal, rétrécissement très serré, n'admettant pas la pulpe du doigt.

Rectum libre et mobile dans le sens latéral, sacrum normal.

La paroi vaginale ne présente pas de *modosités*, mais la partie supérieure est épaisse et tendue et par son intermédiaire on perçoit la paroi rectale correspondante comme une masse épaissie sur une hauteur de 4 centimètres et demi environ.

J'envisage alors une colostomie gauche.

A l'ouverture du péritoine, on ne trouve pas facilement le colon, qui n'est pas fixé contre la paroi postérieure de l'abdomen, mais flotte librement dans le ventre, présentant un mésocolon très long. Il est vide. Je l'ouvre par une incision transversale et je fixe cette ouverture à la paroi.

Pendant la semaine qui suit l'opération, la malade va mieux.

Le troisième jour, les gaz passent par l'anús artificiel et le cinquième jour les matières fécales.

Le septième jour, le météorisme réapparaît.

Disjonction des bords de l'incision cutanée et apparition d'escarres sacrées.

L'état général devient mauvais. Prostration. Température à 104° F.

Pendant plusieurs jours, la rétention d'urine s'installe nécessitant des cathétérismes. Les urines sont albumineuses et sanglantes. La bouche est sèche, les lèvres fuligineuses. La malade ne peut s'alimenter.

La suppuration et les escarres s'étendent en arrière.

Six semaines après l'opération, apparition d'une cystite, avec décharges d'urines purulentes et obstruction de l'urètre par un morceau de membrane sphacélé des dimensions d'un shelling.

Les décharges purulentes augmentent, la malade dit avoir senti passer quelque chose dans sa vessie et ressent un soulagement pelvien, comme si un abcès s'était ouvert.

Les escarres et la paroi se cicatrisent. Elle présente deux ouvertures l'une au-dessus de l'autre, séparées par un septum épais. Les matières passent uniquement par l'anus artificiel, le pus par le rectum, les fistules et le colon.

Depuis, la malade va bien, comparativement à son état antérieur. Elle ne souffre plus, ni ne présente plus de crises d'iléus.

Observation 60. — OCCLUSION INTESTINALE PAR GROSSESSE ECTOPIQUE AVANCÉE

O. VIANA

Madame Z... Elisa, 48 ans, de Caprino-Veronese, ménagère, entrée le 21 novembre 1922, avec le numéro 788.

Parents morts à un âge peu avancé, apparemment par

cardiopathie ; un frère mort de pleurite spécifique ; six autres frères vivants et bien portants.

La malade n'a pas souffert antérieurement de maladie digne d'être notée. Menstruée à 12 ans et régulièrement ensuite. Débit plutôt faible. Mariée à 27 ans, elle eut 4 grossesses terminées par des accouchements normaux. Suites de couches et allaitements réguliers. Le dernier accouchement date de 16 ans.

Aucun avortement.

Les menstruations s'arrêtèrent fin 1920 et la patiente ayant alors 46 ans crut être entrée dans la ménopause.

Vers fin mars 1921, elle fut prise subitement d'une violente douleur dans le quadrant inférieur de l'abdomen, de lithymies répétées et s'alita dans un état très grave.

Elle resta en cet état pendant environ 9 jours, sans recouvrer pleinement connaissance.

Un médecin de Mantoue fut appelé, qui prescrivit seulement un traitement médical.

Elle quitta le lit 40 jours après dans un état de faiblesse extrême et de temps en temps elle présenta quelques élévations thermiques et continuelles débâcles intestinales.

Ensuite, au contraire, survint une constipation opiniâtre, et par intervalle de 2 à 3 mois, se présentèrent des douleurs intenses dans la région iléo-coecale avec vomissements et météorisme.

Lorsque la patiente réussissait, non sans efforts, à aller à la selle, les douleurs s'atténuaient et les souffrances allaient en se calmant.

Vers la mi-novembre, cependant, elle fut prise d'un accès douloureux plus fort que les autres et, sur le conseil de son médecin, elle se décida à entrer dans cet établissement.

A l'examen objectif, on reconnut une notable déficience organique.

Rien d'anormal au cœur, aux poumons, et à l'appareil rénal. Apyrexie, pouls petit, fréquent.

L'abdomen était météorisé et peu souple ; si bien qu'à chaque léger contact, la patiente prenait immédiatement une attitude de défense.

A travers la mince paroi, se dessinaient nettement les anses intestinales, qui apparaissaient très tendues et donnaient un son tympanique.

On ne percevait aucune masse dure.

Organes génitaux de multipare.

Vagin ample et lisse ; utérus fixe, de volume à peu près normal ; les culs-de-sac postérieur et latéral droit étaient occupés par des masses dures correspondantes à la région des annexes.

Aucune trace de sang.

Diagnostic : Occlusion intestinale chronique par adhérences résultant d'un processus inflammatoire (annexiel ?)

Le traitement fut d'abord expectatif, étant donné l'obscurité du cas. On obtint une fois l'évacuation abdominale par des lavements glycélinés, avec grand soulagement pour la patiente.

Ensuite, malgré des essais réitérés, l'intestin s'obstrua, les vomissements s'installèrent, un météorisme notable apparut. Le pouls devint faible, inégal, avec de fréquentes irrégularités, de sorte qu'on jugea opportun d'intervenir par laparotomie.

Description de l'acte opératoire exécuté le 28 novembre 1922.

Anesthésie à l'éther, après injection de morphine-atropine.

L'abdomen se maintient météorisé pendant l'anesthésie.

Son tympanique dans toute la région abdominale.

On incise la paroi suivant la ligne ombilico-pubienne.

Les anses distendues et congestionnées sont difficilement maintenues à l'aide de compresses.

On plonge une main dans la cavité et on perçoit un lambeau épiploïque tendu perpendiculairement et adhérent en bas au péritoine pelvien.

Autour de cette bride épiploïque, s'enroule une anse très distendue .

La masse intestinale extériorisée est protégée par des compresses stériles.

On découvre que le lambeau épiploïque adhère au fond utérin et aux annexes droites. On le résèque entre deux pinces, sur une longueur de 10 centimètres.

En appliquant ensuite un écarteur abdominal, on voit que les annexes de droite sont soudées à l'utérus et adhérent au péritoine pelvien.

Il s'était ainsi formé une masse, qui comprimait le colon sigmoïde dans son passage dans le bassin.

Le colon est fortement distendu et congestionné.

L'appendice a été examiné et trouvé en état parfaitement normal.

En cherchant à libérer les adhérences des annexes droites et à les soulever hors de la brèche, il reste dans les doigts et est retiré sans difficulté un petit bloc de matière gris-sale, pâteuse, molle, semblable à de la fibrine.

D'autres fragments sont retirés, sans cependant réussir à libérer les annexes droites de leurs adhérences.

Etant donné l'état grave de la patiente et l'absence tota-

le d'hémorragie, on replace les anses et on suture par plan la paroi, après lavage de la cavité à l'éther iodoformé.

Le petit corps extrait et qui à première vue, ôdeur à part, paraissait un petit bloc de matières fécales, lavé dans l'eau et déroulé délicatement, apparut constitué par un corps d'embryon, correspondant comme développement au troisième mois, en état de momification très avancé, mais parfaitement conservé dans toutes ses parties.

L'embryon mesure en largeur 7 centimètres et plus précisément 4 centimètres 5 jusqu'à l'ombilic et 2 centimètres 5 de l'ombilic aux pieds.

Le crâne est aplati dans le sens transversal et ressemble au crâne d'un fœtus papyracé.

Les yeux sont encore visibles.

Les membres bien conservés dans tous leurs segments.

Les doigts de la main droite sont seulement peu marqués.

Le thorax est aussi aplati et presque roulé en cornet, de façon à constituer une cavité profonde.

Le cordon est long d'environ 6 centimètres et présente la même couleur gris sale que celle du corps embryonnaire.

Le sac qui contenait l'embryon était très fragile et a été extrait par fragments.

Dans un de ces fragments, on reconnaît encore une partie des membranes, elles aussi très fragiles et de couleur grisâtre.

Le reste est formé de matière crusco-fibrineuse, dans laquelle sont à peine reconnaissables quelques villosités fortement altérées.

Résumé des suites :

La patiente supporta assez bien l'opération.

Elle ne présenta pas d'élévation de température.

Le pouls, un peu fréquent, autour de 100, fut toujours assez bien frappé.

Diurèse médiocre.

Pas de vomissements ni autres troubles.

Contrairement cependant aux prévisions, l'occlusion se maintient. On ne pouvait penser à l'iléus paralytique du fait même qu'on percevait continuellement, et même à distance, des borborygmes et des mouvements des anses intestinales et que la patiente accusait des douleurs intermittentes plutôt intenses et diffuses.

Cet état se maintenant au cinquième jour sans que par aucun moyen on ait pu obtenir une émission de fécès, et un météorisme notable se produisant, avec pouls à 120, hoquet et diminution des forces ; dans la plus complète apyrexie, on pratiqua à l'anesthésie locale, un anus contre nature.

Sans que l'on ait constaté l'émission de gaz ou de matières, l'état de la patiente alla en s'améliorant.

Des mouvements évidents des anses intestinales persistaient. Diminution notable du météorisme.

Entre temps, le huitième jour, on retira les points de suture de la laparotomie, en constatant une complète et régulière réunion.

Finalement, le dixième jour, la malade eut une émission spontanée de fécès par l'anus artificiel, avec beaucoup de gaz, et le ventre se réduisit à des proportions presque normales, avec sensible amélioration de l'état général.

De semblables émissions se répétèrent plus abondantes les jours suivants, en particulier à la suite de lavements pratiqués à la sonde par l'anus artificiel.

Une complète apyrexie se maintint ; l'état du cœur, avec alternative de dépression et d'amélioration, allait

en se régularisant d'une façon satisfaisante, quand survint brusquement, le vingt-et-unième jour, une broncho-pneumonie gauche, de caractère grippal, à foyers multiples, qui en deux jours emporta la patiente, justement au moment où se dessinait la guérison et où l'on pensait à rétablir, par fermeture de l'anus artificiel, le cours régulier de l'intestin.

L'autopsie n'ayant pas été concédée, je ne peux compléter avec d'autres données la présente observation, mais ce que j'ai exposé est suffisant à éclairer ce cas intéressant à de multiples points de vue.

**Observation 61. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
AVEC HEMATOCELE LITHOPEDION AMENANT
DES PHENOMENES D'OCCLUSION INTESTINALE
CHRONIQUE. Mort par pleurésie purulente avec
propagation au péritoine péri-hépatique.**

(OETTINGER)

Le 11 juin 1883, entre à l'hôpital de Saint-Antoine, salle Corvisart, lit 14, la nommée Eugénie D..., vernisseuse, âgée de 55 ans.

Cette femme déclare n'avoir jamais été malade.

Elle a eu six grossesses et deux fausses couches.

La dernière grossesse est arrivée à terme, il y a 15 ans environ, mais elle a présenté des difficultés qui ne s'étaient pas produites aux précédentes ; le travail a été fort long et on a dû recourir à une application de forceps.

Elle a toujours été réglée régulièrement.

Depuis quelques jours, 10 à 12 environ, elle est fatiguée et mal en train.

Elle souffre de vomissements fréquents ; il sont soit bilieux, soit alimentaires, mais n'ont pas le caractère fécaloïde.

L'abdomen est très distendu, peu douloureux à la pression ; les anses intestinales se dessinent sous les parois abdominales.

Par la palpation, on remarque la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur ou plutôt d'un empâtement profond ne se déplaçant pas dans les mouvements de latéralité qu'exécute la malade.

Depuis longtemps, les selles sont rares, irrégulières, se présentant sous forme de débâcles.

L'état général est grave. Prostration très grande. Faiblesse extrême.

La malade ne répond qu'avec difficulté aux questions que nous lui adressons. La langue est sèche. La température de 38°5.

A l'examen des poumons, nous constatons en arrière une matité étendue au tiers inférieur à droite, un souffle très accusé à ce niveau, une notable diminution des vibrations thoraciques. Les autres viscères semblent normaux.

Le toucher vaginal nous révèle un utérus petit, sain, très mobile ; les culs-de-sac sont absolument libres..

En présence de ces différents symptômes, nous pensons avoir à faire à des phénomènes d'obstruction intestinale produits par une ancienne tumeur abdominale, dont il serait difficile de préciser la nature. Peut-être s'agit-il d'une péritonite tuberculeuse ? L'affection pulmonaire serait là le phénomène principal venant rendre la situation très grave.

Traitements toniques. Mort 24 heures après entrée à l'hôpital.

Autopsie : 24 heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, nous sommes tout d'abord frappés de l'existence d'une tumeur beaucoup plus volumineuse que nous ne le supposions pendant la vie, et qui occupe le flanc droit.

Cette tumeur est constituée par un fœtus absolument calcifié. Il a pris l'attitude du fœtus de la cavité utérine, les membres repliés sur lui-même, la tête fléchie.

Il a les dimensions d'un fœtus de six mois et demi environ.

Tous les tissus sont infiltrés de sels calcaires et il ne forme plus, dans son ensemble, qu'un bloc dur et très résistant.

Les muscles ont cependant en quelques endroits, surtout au niveau des cuisses, conservé une certaine souplesse.

Ce fœtus relativement libre dans la cavité abdominale, présente des adhérences à l'épiploon et à quelques anses de l'intestin grêle.

L'utérus, les ovaires, les trompes sont absolument libres de toute connexion avec lui.

C'est une grossesse purement abdominale.

La plèvre du côté droit, renferme une certaine quantité de pus, qui provient d'un foyer purulent péri-hépatique vidé dans la cavité pleurale; la perforation du diaphragme est manifeste.

Quant au foyer péri-hépatique, il englobe le foie, s'étend surtout à sa face postérieure jusqu'au rein; en bas, à ce niveau, le péritoine est épaissi, tapissé de fausses membranes anciennes. Les autres organes sont sains.

**Observation 62. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
HEMATOCELE. OCCLUSION INTESTINALE
PAR LITHOPEDION. Mort. Autopsie.
Mort. Autopsie**

PLETZER 1866

Mme M... quarante ans, de tempérament délicat, avait eu deux grosses antérieures normales, l'une il y a treize ans, l'autre il y a onze ans.

Depuis elle n'a jamais eu d'enfant.

Réglée régulièrement, règles même profuses, pertes blanches, pour ainsi dire continuelles, arrêtées cependant pendant quelque temps par des injections.

En juillet 1865, la malade commença à constater une irrégularité presque constante de ses époques : en l'espace de quinze jours, elles apparurent trois fois. Puis elles s'arrêtèrent pendant un temps assez long.

On émit l'idée d'une grossesse, mais devant l'absence de tout symptôme rationnel, il fallut abandonner cette *hypothèse*.

Soudain, le 31 juillet, pendant qu'elle avait ses règles, elle éprouva du côté du bas-ventre, de véritables crises douloureuses, accompagnées de vomissements.

On mit ces accidents sur le compte d'un écart de régime, ils disparurent et s'amendèrent aussi rapidement qu'ils étaient apparus.

Trois jours après, nouvelle crise douloureuse.

Un médecin fut appelé et constata que la malade pré-

sentait tous les symptômes, et principalement le faciès, d'une femme faisant de la péritonite.

Les douleurs abdominales s'accrurent bientôt, jusqu'à devenir continuelles, des vomissements porracés apparurent, tout l'abdomen était d'une sensibilité extraordinaire, surtout dans la fosse iliaque droite.

Avec tout cela, peu de fièvre et un collapsus profond.

On fit un examen local très soigné et l'on remarqua une hyperesthésie encore plus grande de tout l'abdomen; il n'y avait pas, non plus, trace de hernie.

La sensibilité semblait exagérée plutôt du côté des organes génitaux, des ovaires, et l'on fit le toucher vaginal.

Rien de bien précis ne fut relevé par cette recherche. On posa alors le diagnostic probable d'inflammation de la région ovarienne.

Quelque temps après, survint une deuxième crise douloureuse. Sitôt après, la fièvre tomba de nouveau, l'appétit revint également.

L'état général était bon, on notait cependant toujours cette sensation de résistance, que l'on rencontrait dans un endroit bien défini.

On força le malade à garder le lit et quelques injections de morphine et des potions opiacées furent seules ordonnées contre les douleurs.

Elle resta trois ou quatre semaines dans un état qui s'améliora petit à petit.

La douleur de la fosse iliaque s'était amendée; toutes les fonctions organiques semblaient revenir à la normale, excellent état général.

Quinze jours après la deuxième crise douloureuse, les

règles avaient réapparu et même quelques pertes blanches, comme avant l'accès. La malade quitta le lit, redemanda elle-même un régime plus substantiel et paraissait entrer en convalescence.

Soudain, au cours de très légères pertes rouges, éclate une nouvelle crise avec vomissements.

La malade localisait très bien son point douloureux au-dessus de la symphyse pubienne sur la ligne médiane.

En recherchant de nouveau, et en palpant bien l'endroit indiqué comme douloureux, on finit par reconnaître une masse dure, mal circonscrite, quoique de volume peu considérable.

On avait dû la prendre pour un exudat, l'exploration par les voies vaginale et rectale n'ayant pas permis de relever aucune anomalie ou modification du volume de l'utérus.

Les semaines suivantes, de nouveaux et fréquents accès obligèrent à faire de nouvelles injections sous-cutanées de morphine.

Comme dans les atteintes précédentes, un mieux sensible se produisit; quoique cette fois la malade, par son inappétence, eût fortement maigri et que les forces fussent loin d'être dans un état satisfaisant.

La tumeur cependant croissait toujours; elle se développait principalement à gauche et en haut, présentant toujours une certaine dureté et ne pouvant pas toujours se délimiter. Elle comprimait de plus l'utérus en le refoulant vers le sacrum et la pression produite ainsi sur le rectum avait provoqué une constipation opiniâtre.

Elle descendit dans le petit bassin, dont elle occupait toute la moitié gauche.

La portion vaginale du col quitta la ligne médiane pour s'incliner à droite.

Quant au caractère et à la nature de la tumeur, l'examen par voie vaginale ou rectale ne put procurer aucune nouvelle indication. Toutefois, on reconnut ce fait : l'ovaire droit, qui à première vue, semblait avoir été le point de départ des phénomènes inflammatoires, était absolument sain.

A la suite de cet examen, on s'occupe de plus en plus de l'ovaire gauche.

On fit toutes les hypothèses possibles sur la nature de cette affection, sur son étiologie surtout, et enfin l'on vint à penser à une grossesse extra-utérine, tubaire, interstitielle ou abdominale.

Pendant plusieurs semaines, même état, puis les seins parurent se gonfler : le diagnostic de grossesse extra-utérine semblait donc de plus en plus vraisemblable, lorsque quelques jours après on put acquérir la certitude qu'on était bien dans le diagnostic.

En effet, au lieu et place de la tumeur, à travers la paroi abdominale relativement mince de cette malade, on put sentir les différentes parties du fœtus.

La tête se trouvait en haut et s'élevait jusqu'au rebord inférieur des fausses côtes, le dos appuyé contre la paroi ventrale de la mère, les bras mobiles dans la région supérieure.

La malade interrogée dans ce sens, avait cru, en effet,

avoir senti vers la fin du mois de novembre, quelques légers mouvements du fœtus.

Un nouvel examen postérieur, malgré une recherche très attentive, ne permit pas de découvrir et d'entendre les bruits du cœur fœtal : malgré l'absence de ce symptôme, on ne pouvait modifier le diagnostic.

Vers le mois de novembre, la première moitié de la grossesse devait être passée et l'on plaçait au mois de juillet le moment de la conception, ce qui coïncidait d'ailleurs avec les irrégularités des périodes menstruelles. Peu à peu, les crises douloureuses s'étaient atténuées. L'état général se relevait. On suivit avec attention le cours de cette grossesse et l'on s'attendait à voir apparaître les douleurs prématurément.

En effet, au commencement de mars, les douleurs apparurent et après une très légère hémorragie, fût évacuée une masse assez considérable et bien conformée.

Après cette expulsion, aucun symptôme annonçant la prochaine expulsion du fœtus ne se manifesta.

Au contraire, on nota une amélioration sensible de l'état général. Les forces revenaient, les fonctions organiques s'étaient rétablies, augmentation de poids. En avril, la malade put quitter le lit, et faire quelques promenades au grand air.

De semaine en semaine, le volume du bas-ventre diminuait le volume du fœtus également. On s'attendait à la formation du lithopédion.

Soudain, en septembre 1866, après trois jours de constipation opiniâtre, ce que l'on n'avait plus remarqué depuis fort longtemps, on lui administra une médication appro-

prisée (lavement, huile de ricin). Une nouvelle crise douloureuse, pareille aux précédentes, se déclara alors : vomissements, hypéresthésie de l'abdomen gauche.

Puis subitement, l'état s'aggrava en quelques heures; elle tomba dans le coma et quarante-huit heures après la mort survenait avec toutes les apparences d'une mort par étranglement.

Autopsie. — A l'ouverture de la paroi abdominale, la seule qui fut autorisée, l'on se trouve en présence d'un exudat séro-sanguinolent, de quantité relativement peu considérable.

Entre quelques anses intestinales, on remarque des adhérences et des traces d'inflammation récente.

Une portion de l'iléon était comprimée entre la tumeur et la paroi abdominale, et au niveau de cet étranglement, à peu de distance du cœcum, on rencontrait une perforation.

Au-dessus, l'intestin était dilaté par les gaz et les matières fécales; au-dessous, il était au contraire vide et déprimé.

Un fœtus féminin, âgé de six ou sept mois, était tombé dans la cavité abdominale, après rupture de la trompe gauche, paraissant comme noyé au milieu des anses intestinales et du péritoine.

Ce fœtus était desséché, momifié, de couleur brun sombre, sa transformation en lithopédion se trouvant presque complètement achevée.

Le placenta se trouvait au-dessous et en arrière du fœtus, remplissant le côté gauche de la cavité. Aussi n'est-il pas étonnant que malgré les recherches faites par les voies

vaginale et rectale, l'on n'ait pu percevoir distinctement les différentes parties du fœtus.

L'ovaire gauche était situé à proximité de l'utérus en dedans du sac. L'utérus était très pâle, de parois peu augmentées. La longueur de sa cavité mesurait environ 1 pouce à 1 pouce et demi.

L'ovaire et la trompe droits étaient absolument sains.

Observation 63. — UN CAS D'HEMORRAGIE DE GROSSESSE TUBAIRE rompue ayant distendu un sac herniaire et simulé un étranglement.

par MM. SOULIGOUX et LAQUIERE

Le 4 avril 1922, Mme B... est amenée à Beaujon pour hernie étranglée.

La malade, âgée de quarante-et-un ans, présente, depuis 1916, une hernie crurale gauche bien tolérée, bien réductible.

Depuis vingt heures, elle présente le tableau clinique d'un étranglement :

Douleurs vives;

Nausées, vomissements;

Une seule selle, pas de gaz.

Localement, masse crurale du volume d'une mandarine, dure, mate, douloureuse et irréductible.

On est frappé par la gravité de l'état général.

Face pâle, pouls petit, rapide, hypotendu.

On pose le diagnostic d'étranglement herniaire remontant à vingt heures avec état grave.

On intervient d'urgence.

Incision verticale sur la hernie. Ouverture du sac qui ne contient que de l'épiploon, mais surtout *le sac est plein de sang*. Ce sang semble venir de l'abdomen.

On prolonge l'incision en haut fendant l'arcade, on trouve le petit bassin plein de caillots.

Parmi eux, se trouve un embryon de deux centimètres. Il s'agit donc d'une grossesse tubaire rompue.

Les annexes gauches sont extériorisées et enlevées.

Réfection de l'arcade et de la paroi.

Le poulx, l'état général s'améliorent.

Secondairement, est survenue une phlébite de la jambe gauche.

Mme B... sort guérie le 15 juin 1922.

L'erreur de diagnostic était fatale.

Seule au moment de l'accident la gravité de l'état général, trois syncopes successives, qui seraient survenues, auraient pu faire songer à une rupture de grossesse tubaire.

Cette idée ne venait pas à l'esprit en face d'une femme de quarant-et-un ans et ce n'est qu'un interrogatoire ultérieur, qui a révélé un retard de règles de six semaines et quelques pertes rosées; mais nous attachons plus d'intérêt aux phénomènes produits au niveau de la hernie par la collection sanguine.

Avant la rupture, la hernie était peu gênante, non douloureuse, parfaitement réductible et contenue par un bandage.

Après la rupture, l'accumulation de sang dans le sac

semble avoir déterminé non seulement la dureté et la matité de la hernie, mais encore son *irréductibilité*.

Observation 64. — GROSSESSE TUBAIRE
rompue dans le péritoine, venant faire saillie au niveau
du canal inguinal et présentant tous les signes d'une
hernie inguinale étranglée

MALHERBE

J'ai l'honneur de vous présenter une grossesse tubaire enlevée dans des conditions tout à fait particulières et dont l'intérêt réside dans la manière dont elle s'est comportée cliniquement.

Le 29 décembre dernier, on transporte à l'hôpital Bichat, dans le service du Professeur Terrier, vers 2 heures de l'après-midi, une femme âgée de 34 ans.

Son faciès est pâle, sa langue sèche, légèrement brune, son pouls absolument incomptable.

Elle raconte que la veille, étant au lavoir, elle a été prise brusquement d'une douleur dans le ventre et qu'elle s'est trouvée mal immédiatement. Sa hernie (car elle avait une hernie), est devenue dure, tendue, extrêmement douloureuse.

La malade dut être transportée chez elle.

Impossibilité d'uriner.

Le matin même, elle commença à vomir d'une façon presque continue (vomissements bilieux).

Depuis quatre jours, la malade n'avait pas été à la selle et n'avait rendu aucun gaz par l'anus.

Un médecin appelé pratiqua un taxis pendant environ un quart d'heure. Durant cette manœuvre, la malade eut une syncope.

Elle avait ses règles depuis le 23 décembre. Elle est d'ailleurs très bien réglée, les règles durent huit jours environ. Les dernières avaient eu lieu normalement le 23 novembre.

La malade n'a jamais souffert du ventre, jamais de fausse-couche, pas de maladie grave.

Il y a huit ans, accouchement normal, mais s'étant levée au bout de deux jours, elle s'aperçut alors qu'elle avait dans l'aine une petite grosseur. Une sage-femme consultée lui dit que c'était une hernie.

Cette petite grosseur rentrait d'ailleurs facilement, ne lui occasionnant aucune douleur, jamais la malade n'a porté de bandage.

Il y a un mois, dit-elle, après avoir porté une charge de linge, elle a senti quelque chose qui craquait ; elle commença alors à souffrir de sa grosseur et du ventre.

Quand nous voyons la malade, le ventre est souple et nullement douloureuse, par contre, la tumeur du canal inguinal est dure, tendue, douloureuse.

En présence de signes qui sont ceux d'une hernie étranglée, après avoir tout fait préparer pour une telle observation, la malade étant chloroformisée, j'incise au niveau de la tumeur, comme pour une hernie inguinale. Je trouve un sac très tendu qui, ponctionné avec la pointe du bistouri, laisse écouler une certaine quantité de sang, liquide noirâtre.

Le sac incisé est trouvé *absolument vide*, mais en explorant le trajet inguinal avec le doigt, puis avec une sonde cannelée, il s'écoule aussitôt une quantité considérable de sang noir.

L'anneau et la paroi sont alors rapidement et largement fendus, par en haut, d'un coup de ciseau, du sang noir et des caillots s'écoulent en abondance et inondent le champ opératoire.

Après avoir bien protégé l'intestin avec des compresses, j'explore les annexes de ce côté et je les attire au dehors.

La trompe présente le volume d'une noix et l'on remarque à sa partie postérieure une petite déhiscence.

L'ablation des annexes est pratiquée après pédiculisation avec un gros fil de soie.

Tout le petit bassin, le cul-de-sac de Douglas est rempli de caillots et de sang liquide, on nettoie ces parties le mieux possible et l'on place un drain en arrière de l'utérus.

Réfection de la paroi.

Durée de l'opération : 1 heure et demie environ.

Guérison.

La trompe que voici mesure à peu près le volume d'une noix. En l'examinant en arrière, on aperçoit un endroit de sa paroi déchiré irrégulièrement. Cette petite rupture présente des dimensions relativement restreintes, et c'est par là cependant que s'est produite l'hémorragie qui remplissait le petit bassin.

L'ovaire ne présente rien de particulier; il est sclérokystique.

REFLEXIONS

Ce qui nous paraît surtout digne d'intérêt ce sont des signes cliniques qui simulaient complètement ceux d'une hernie étranglée.

Nous avons vu que non seulement pour le médecin qui s'était livré à un taxis prolongé, mais encore pour nous-mêmes et quelques collègues présents, il n'y a pas eu d'hésitation à considérer comme une hernie inguinale étranglée, cette tumeur qui était *dure, douloureuse, irréductible*, et dont les signes généraux : *vomissements, langue sèche*, absence de gaz et de matières, venaient encore donner un sérieux appoint à cette conviction.

Ajoutons encore que la malade racontait qu'elle avait d'habitude une hernie. On pourra objecter que par le toucher vaginal on se serait peut-être rendu compte des lésions; ce n'est pas sûr, car l'hémorragie était trop récente pour être collectée. En tous cas, le diagnostic était si évident, que nous n'y avons pas songé, et le toucher aurait-il été pratiqué, qu'il ne nous aurait rien appris sur cette tumeur inguinale irréductible et douloureuse.

Il nous reste à expliquer comment le sang répandu dans le péritoine, est venu faire saillie au niveau du canal inguinal. Nous ne pouvons émettre ici que des hypothèses.

Nous savons que la malade avait une hernie, mais nous ne connaissons pas de cas où le sang d'une grossesse tubaire rompue soit venue apparaître au niveau du sac herniaire.

Nous n'avons pas trouvé d'intestin dans le sac; il y a tout lieu de penser, croyons-nous, à un sac déshabité, dans lequel est venu faire irruption le sang.

Pourquoi maintenant cette tumeur était-elle irréductible? On peut admettre qu'un caillot, sous une influence quelconque, ait fermé en arrière le canal inguinal, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

**Observation 65. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE
HEMATOCELE CONSIDERABLE
HERNIE OMBILICALE ETRANGLEE CONSECUTIVE
Mort.**

TIXIER

Le samedi 13 mai, on appelait M. Tixier, comme chirurgien de garde à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures du soir, pour opérer d'urgence une malade, qui venait d'entrer dans le service de M. le docteur Vallas. Elle était atteinte d'une hernie ombilicale étranglée.

Cette femme, jeune, vigoureuse, âgée de trente-deux ans, qui présentait, à première vue, tous les symptômes de la hernie étranglée, portait au niveau de l'ombilic, une tumeur grosse comme une petite orange, non réductible et douloureuse à la pression.

Cette tumeur était de coloration bleu-noirâtre foncé, comme si le sac de la hernie qui la constituait, était rempli de sang.

On sentait, du reste, par la palpation, une série de nodosités en chapelet, qui firent faire le diagnostic d'épiplocèle étranglée.

Ce diagnostic correspondait bien aux signes d'étranglement herniaire bâtarde, que présentait la malade.

Elle racontait, en effet, que la veille, elle avait pu encore aller à la selle et que depuis elle avait émis quelques gaz.

Mais le ventre était météorisé et douloureux au moindre contact.

La malade avait vomi et avait des nausées.

Ce qui frappait le plus, à l'examen, était un état d'anxiété considérable, un pouls très petit, filant, extrêmement rapide.

Les phénomènes de shock n'étaient pas en rapport avec les signes d'étranglement herniaire.

La malade nous raconta alors que le début de son affection remontait au jeudi 11 mai. Le matin de ce jour, elle avait éprouvé des douleurs extrêmement vives dans le ventre et avait été obligée de se coucher. Peu à peu, des coliques intenses s'étaient déclarées, tandis que sa hernie ombilicale augmentait sans cesse de volume. Elle devenait dure et tendue et la malade ne pouvait plus la faire rentrer. Elle disait, du reste, que jamais elle n'obtenait une réduction complète, ce qui avait fait penser à une épiplo-cèle adhérente.

Ces symptômes allant sans cesse en augmentant d'intensité, elle se fit conduire à la Charité dans la journée du 13. Là, on reconnut une hernie ombilicale étranglée et on la renvoya à l'Hôtel-Dieu.

C'est alors que fut décidée l'intervention immédiate. Au moment où l'on allait endormir la malade, celle-ci fit remarquer qu'elle nourrissait alors son deuxième enfant et qu'elle attendait ses règles le 15 mai, ce qui la préoccupait au point de vue de l'opération. Réglée d'ailleurs très

régulièrement, ses dernières règles étaient venues normalement au mois d'avril.

La malade endormie, incision au niveau de l'ombilic et l'on trouve un sac contenant de l'épiploon adhérent baignant dans un sang noirâtre.

Après débridement de l'anneau, une portion d'épiploon indemne de toute adhérence est attirée, et on applique sur lui une série de ligatures en chaîne. Le tout réduit, on allait s'occuper de la cure radicale de la hernie.

A ce moment, le pouls de la malade était si mauvais, que l'aide qui endormait la malade, supprima complètement l'anesthésie, trouvant, disait-il, des menaces de collapsus formidables. On ne se les expliquait pas, lorsque, regardant dans l'intérieur du ventre, par l'ombilic largement fendu, on vit des anses intestinales imbibées de sang.

On crut tout d'abord que les ligatures sur l'épiploon avaient lâché. Incision rapide de la paroi pour aller à la recherche du pédicule. Mais alors une telle quantité de sang noir, poisseux, vint de la partie inférieure de l'abdomen, qu'immédiatement M. Tixier fit le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale.

La situation était grave. Le collapsus augmentait. Rapidement, d'un coup de bistouri, la paroi est fendue jusqu'au pubis et glissant la main dans l'excavation, l'utérus est saisi et attiré dans la plaie.

On aperçoit alors une rupture de la trompe gauche, qui laissait jaillir un jet de sang veineux gros comme le petit doigt.

On fait l'hémostase après résection de la trompe

malade, on enlève à pleines mains les caillots qui comblaient le petit bassin. Un énorme mickulicz fut placé dans le Douglas. Suture en un seul plan de la paroi. La malade reprenait un pouls un peu meilleur.

Le lundi 15 mai, grâce au sérum artificiel, la malade avait repris un état général assez rassurant. M. le chirurgien major Vallas, craignant le drainage du petit bassin ne fut pas rassuré suffisamment, incisa le cul-de-sac postérieur du vagin. Il ne s'écoula que très peu de sang.

Le 16, la malade mourait de septicémie péritonéale.

Autopsie. — On constata que l'hémorragie avait été complètement arrêtée. Il y avait un peu de pus dans les flancs et le péritoine était le siège d'une inflammation aigue généralisée.

**Observation 66. — GROSSESSE TUBAIRE
PRISE POUR UNE HERNIE ETRANGLEE
HEITZER**

Femme de trente-neuf ans, ouvrière de fabrique, soulève le 12 décembre un lourd ballot de coton. Elle ressent brusquement une douleur tellement intense dans le bas-ventre, qu'elle tombe.

On la transporte chez elle.

Elle observe en même temps au niveau de l'aîne droite, un gonflement faisant hernie, qu'elle n'avait pas remarqué auparavant et du sang s'écoule du vagin.

Les dernières règles dataient du 20 octobre.

Le repos au lit calme les douleurs, au point que la

malade reprend son travail le 15 décembre. Mais au bout de trois heures, elle est obligée de s'arrêter, les douleurs recommencent et les malaises persistant, on montre la malade au médecin chef.

Celui-ci essaie de réduire la hernie et ne réussissant pas, fait transporter la malade à l'hôpital.

Femme de corpulence moyenne, anémique, se plaignant de douleurs violentes dans le bassin.

Arrêt des gaz et des matières depuis deux jours; hoquet, mais pas de vomissement.

Hernie de l'aîne droite de la grosseur d'un œuf, tendue, ne pouvant se réduire, mais qui n'est pas particulièrement douloureuse.

Comme dans le cas des hernies étranglées, le chirurgien de garde, après anesthésie locale, pratique l'opération.

Le sac est fortement tendu, rempli de caillots, mais on ne trouve pas d'anse intestinale.

Le 17 décembre, la malade très abattue, très anémiée, se plaint de douleurs intenses dans le bas-ventre.

L'abdomen est légèrement tendu, très sensible, surtout au-dessus de la symphyse et du côté gauche du bassin.

Hoquet, écoulement sanglant peu abondant.

Utérus un peu augmenté de volume et semblant également un peu mou. Cul-de-sac postérieur tendu.

Etant donné la sensibilité exagérée de l'abdomen, le toucher est très malaisé.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine.

A l'intervention, le petit bassin est rempli de caillots, peu de sang liquide.

Ablation de trompe gauche gravide, nettoyage de la cavité, réfection de la paroi.

Observation 67. — GROSSESSE TUBAIRE SE
COMPLIQUANT DE HERNIE INGUINALE

EMILY MURPHY

Mme J.M.M., trente-neuf ans, ménagère, quatre enfants, le dernier âgé de douze ans. Une fausse-couche il y a cinq ans, époque à laquelle elle avait une blennorrhagie avec troubles vésicaux.

Réglée normalement depuis l'âge de treize ans, dyspeptique depuis des années, mais selles très régulières jusqu'à il y a un mois.

Dernières règles le 28 juillet 1895.

Elle présente depuis cinq ans, une hernie inguinale gauche, qui ne la gêne aucunement jusqu'à l'été dernier. A ce moment, en transportant du charbon et de l'eau, elle fut prise de douleurs et de vomissements. Ces troubles durèrent peu de temps et disparurent.

Pas de règles du 28 juillet au 28 septembre.

Le 28 septembre, après avoir fait une grosse lessive, elle eut quelques douleurs et perdit un peu de sang pur sans caillots. De septembre 1895 au 25 février 1896, les règles viennent toutes les quatre à cinq semaines et durent un jour ou deux.

Depuis le 25 février 1896, jusqu'au 9 mars, pertes sanguines quotidiennes.

Le 9 mars 1896, la malade est prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre.

Le lendemain 10 mars, les douleurs ne cèdent pas, elle vomit un liquide brun verdâtre; un médecin est appelé pour la première fois. Il trouve la malade très agitée, souffrant beaucoup et se débattant dans son lit.

L'abdomen est sensible.

Le faciès anxieux.

Le pouls à 98.

La température à 99,3 F.

Il constate la présence d'une hernie inguinale gauche, de la dimension d'un œuf de poule.

Le lendemain 11 mars, les douleurs persistent, ainsi que les nausées, mais il n'y a pas de vomissements.

Le pouls est à 108.

La température 98,6 F.

La malade se plaint d'une extrême faiblesse et de douleurs du côté gauche au-dessus de la hernie.

Tout le bas-ventre est sensible.

La hernie inguinale gauche a la dimension d'une orange, elle subit les impulsions à la toux; elle est très sensible, surtout à chaque essai de réduction, elle ne diminue pas de volume dans le décubitus dorsal et est *irréductible*.

L'examen vaginal révèle un écoulement fétide rouge foncé.

Le col est déchiqueté.

L'utérus est antéversé par deux masses latérales qui oblitèrent complètement les culs-de-sac latéraux et postérieurs.

La masse droite donne une sensation de dureté.

La masse gauche semble plus irrégulière et plus dure que la droite, sa consistance est très ferme.

Le Docteur Murphy appelé en consultation fait le diagnostic de *Hernie inguinale étranglée* compliquée de *grossesse extra-utérine*.

L'opération est décidée immédiatement.

Narcose Ether (D^r Washburn).

On dissèque le sac herniaire, qui est très adhérent et présente une coloration bleu foncé.

En l'ouvrant, il s'échappe un liquide couleur chocolat, semi-liquide. Derrière lui, se trouve un gros caillot, qui est engagé dans l'anneau et qui fut suivi, lorsqu'on l'enleva, par du sang rouge foncé, venant de la profondeur.

Le sac ne contient pas d'intestin.

Résection du sac après ligature.

On fait ensuite une incision abdominale médiane.

Dès l'ouverture de l'abdomen, une grande quantité de sang liquide et de caillots s'échappent.

La trompe et l'ovaire droits sont saisis avec beaucoup de difficultés, à cause des adhérences nombreuses qui amalgament ensemble les viscères du bassin.

On resèque les annexes droites.

Le Douglas est rempli de caillots qui sont enlevés aussi complètement que possible.

La trompe et l'ovaire gauche sont immobilisés par de très fortes adhérences. On n'ose en faire l'ablation à cause du passé gonorrhéique de la malade et de l'état de collapsus dans lequel elle se trouve.

Nettoyage de la cavité péritonéale avec du sérum physiologique stérile. Drainage à l'aide de gaze.

Fermeture.

Pendant la durée de l'opération, on administre du sérum physiologique et du café par voie rectale.

11 mars. Pouls 102.

Température 99 F.

Nausées et vomissements peu fréquents.

Un grain de strychnine toutes les quatre heures.

Lavement alimentaire toutes les six heures.

Pas d'alimentation par voie buccale.

12 mars : La malade a passé une bonne nuit.

Pas de vomissements.

Pouls 84.

Température 99.

Quelques douleurs abdominales.

Suppression du drainage.

Les selles se rétablissent.

La température ne dépasse pas 98° 5 F.

Le pouls est à 85.

La guérison est rapide.

A l'examen des pièces opératoires :

Trompe et ovaire agglutinés et recouverts d'adhérences fibreuses.

Longueur totale onze centimètres.

A environ quatre centimètres et demi du pavillon, qui était ouvert, la trompe de calibre normal se dilatait brusquement en un sac ovoïde de quatre centimètres de dia-

mètre, à parois minces, recouvertes de fausses membranes présentant des suffusions hémorragiques.

A l'endroit où l'extrémité utérine de la trompe s'ouvre dans le sac, on trouve des sillosités choriales, une grande quantité de caillots mais pas de fœtus.

L'ovaire contient un large corps jaune.

Il s'agit d'un avortement tubaire précoce avec résorption des restes embryonnaires.

**Observation 68. — SUR UN CAS DE KYSTES
HEMATIQUES pseudo-herniaires, consécutif à
la rupture D'UNE GROSSESSE TUBAIRE**

ANTON BUSULENGA

Mme Stana F., de trente-six ans, mariée, ouvrière, entre dans notre service le 18 juillet 1927.

Antécédents héréditaires personnels et collatéraux : sans importance.

Réglée à seize ans, pendant un an, durée trois jours. Arrêt de la menstruation jusqu'à vingt-et-ans. A partir de vingt-et-un ans, règles irrégulières, tantôt tous les mois, tantôt tous les deux mois et ne durant jamais plus de deux à trois jours.

Mariée à vingt-sept ans. Au bout de six mois, avortement non provoqué de cinq mois, à la suite d'un effort.

A trente-et-un ans, métrorragie pendant un mois, ayant cessé à la suite d'un traitement médical.

Ensuite, règles toujours irrégulières comme auparavant.

Suppression des règles pendant deux mois.

Au bout de cinquante jours, c'est-à-dire il y a quinze jours, elle présente des pertes, qui au lieu de durer deux ou trois jours, comme d'habitude, sont quotidiennes, elles ne cessent pas jusqu'à aujourd'hui.

Depuis neuf ans, pas de grossesse.

Histoire de la maladie : Il y a six ans, à la suite d'un effort, une tumeur apparut dans la région crurale droite, tumeur molle, indolore qui disparaît dans la position couchée, réapparaît quand la malade est debout, ou quand elle tousse...

A la suite d'efforts quotidiens, la hernie augmente progressivement de volume, sans toutefois gêner la malade.

La semaine dernière, elle observe dans la région crurale gauche une petite tumeur qui ressemble à celle de droite, mais plus petite.

Un après-midi, elle est prise brusquement, en descendant dans son jardin, d'une brusque douleur abdominale. Elle peut à peine se traîner jusqu'à sa chambre et elle se couche.

Son abdomen est immédiatement très ballonné et ses deux hernies sont devenues dures, irréductibles et douloureuses. En même temps, arrêt des gaz.

Les douleurs ont persisté toute la nuit, mais un peu plus atténuées. En même temps, vomissements, vertiges, arrêt des matières et des gaz.

Le médecin de la commune la voit, lui fait des injec-

tions calmantes et l'envoie d'urgence à l'hôpital, avec le diagnostic de double hernie crurale étranglée.

Examen : Température 37° 6.

Pouls 116, régulier mais petit.

Etat général grave, la malade étant très faible.

Téguments et muqueuses pâles.

Seins peu développés, les zones aréolaires ne présentent rien de caractéristique.

Appareil respiratoire : rien à noter.

Appareil génital : Col utérin, petit de consistance presque normale, avec un orifice fermé. Cul-de-sac postérieur et latéral droit légèrement bombés. Ce dernier (le latéral droit) bombe un peu plus et présente une légère sensibilité.

Les cul-de-sac latéral gauche et antérieur sont libres.

Impossible de palper le col utérin et les annexes.

Examen local. Dans les régions crurales, on constate deux tumeurs : celle de gauche a les dimensions d'une mandarine et celle de droite d'un œuf de poule.

Les téguments à ce niveau sont normaux.

A la palpation, les deux tumeurs sont rénitentes et irréductibles et présentent une sensibilité qui n'est pas aussi prononcée que l'est habituellement celle des hernies crurales étranglées.

A la percussion : matité.

L'abdomen est légèrement ballonné dans la région sous-ombilicale, La palpation montre une hypersensibilité avec défense musculaire marquée, ce qui rend la palpation profonde impossible.

A la percussion, tout l'abdomen est sonore.

Le toucher rectal montre une sensibilité de la région latérale droite.

Devant ce tableau clinique, où les signes d'une hernie irréductible sont incontestables, nous avons fait le diagnostic de hernies crurales irréductibles et en second lieu, nous basant sur l'irrégularité des règles et sur les signes locaux, nous avons pensé à une métrosalpingite droite avec sclérose et insuffisance ovarienne et nous avons attribué l'anémie aux métrorragies de ces huit derniers jours.

L'intervention d'urgence étant absolument indiquée, on fait des injections toniques, huile camphrée et caféine.

Opération le 18 juillet 1927 : Rachianesthésie.

Incision crurale verticale de 4 à 5 centimètres.

Section des plans superficiels.

On met en évidence le sac herniaire, on le dégage jusqu'à l'anneau d'étranglement, qui est formé par le ligament de Gimbernath et après avoir isolé le sac, nous l'ouvrons par une incision de un centimètre, il s'écoule une petite quantité de sang liquide.

On agrandit l'incision pour contrôler le contenu et l'on constate avec surprise, qu'en dehors de la petite quantité de sang liquide, *le sac ne contient aucun organe abdominal.*

Nous avons pensé d'abord à la réduction spontanée, au cours de l'intervention, chose qui survient fréquemment dans les kélotomies de la région obturatrice, mais en contrôlant l'anneau de l'étranglement et l'orifice de communication, nous avons exclu cette éventualité.

Nous sectionnons cet anneau à la partie interne et,

dans le sac herniaire, apparaît une nouvelle quantité de sang, qui inonde le champ opératoire, immédiatement nous nous rendons compte que nous nous trouvons devant une pseudo-hernie et d'une inondation péritonéale, les deux étant dues à la rupture d'une grossesse ectopique. Sans perdre une minute, nous transformons la plaie et nous faisons une incision médiane sous-ombilicale, en même temps que nous injectons du sérum sous-cutané.

A l'ouverture de la cavité péritonéale, grâce à un léger Trendelenbourg, nous constatons une grosse quantité de caillots sanguins et de sang liquide entre les anses intestinales. La cavité pelvienne est remplie d'un sang en partie coagulé, en nettoyant le pelvis nous constatons que la trompe droite est transformée en un bloc de la grosseur d'une orange, couvert de caillots, en enlevant ces caillots une nouvelle hémorragie se produit au niveau de la paroi tubaire rompue. Salpinxectomie droite. La trompe contient du sang coagulé et des débris de membranes embryonnaires.

Dans le ligament large droit, nous trouvons un kyste de la grosseur d'un œuf de poule qu'on extirpe. L'ovaire de ce côté est petit et parsemé de taches hémorragiques.

L'utérus est légèrement augmenté de volume et la trompe gauche est normale.

Toilette de la région, après nous être assurés qu'aucun orange, couvert de caillots, en enlevant ces caillots une nou-

Fermeture de la cavité péritonéale en laissant une mèche dans l'angle inférieur de la plaie, allant jusqu'au Douglas.

L'état de la malade étant assez satisfaisant, nous exé-

cutons rapidement la cure radicale des deux kystes hématiques pseudo-herniaires des régions crurales.

Suites opératoires normales.

Le troisième jour, on extrait la mèche de Douglas ; elle est propre, suppression du drainage, pansements superficiel, les métrorragies ont cessé spontanément.

Le sixième jour, la malade évacue une selle après lavement.

Le huitième jour, on enlève les fils, la plaie est complètement fermée.

Le dixième jour, la malade se lève. Au bout de trois semaines, elle quitte l'hôpital.

REFLEXIONS

Les hématokystes pseudo-herniaires, non seulement n'ont pas été décrits jusqu'à présent comme complications au cours d'une grossesse ectopique, mais ne sont même pas connus dans la pathologie chirurgicale et dans les traités classiques, nous ne trouvons que les kystes saculaires, qui ne sont décrits qu'au chapitre des hernies et qui, eux aussi, ne sont que des pseudo-hernies.

Les kystes hématiques diffèrent cependant de ces dernières, tant par leur mode de production que par leur couleur. En effet, alors que les kystes saculaires résultent d'une oblitération lente du col du sac herniaire vide dans lequel s'accumule ensuite un liquide séreux, sécrété par la séreuse du sac, au contraire, les kystes hématiques, tout au moins dans notre cas, (bien qu'il se soit produit dans le sac

d'une hernie préexistante), ont comme origine un effort brusque et le contenu hémorragique n'est pas secrété par la séreuse du sac, qui est normale, mais il a une origine étrangère qui est l'inondation péritonéale.

Les kystes hématiques pseudo-herniaires dans le cas qui nous occupe se sont produits au moment de la rupture de la grossesse tubaire, celle-ci ayant déterminé non seulement le remplissage des sacs par le sang, mais ayant simulé aussi leur étranglement.

Ce qui est curieux, c'est que dans aucune des deux hernies, il n'y avait d'organe intra-abdominal étranglé.

De tout cela, il résulte que les kystes hématiques pseudo-herniaires ne sont pas seulement une simple complication herniaire mais *doivent être considérés comme complication d'une rupture de Grossesse Ectopique.*

Dans tous les cas, elle constitue une complication très rare et absolument bénigne. Le seul inconvénient qu'elle entraîne est qu'elle déroute le diagnostic, quant à l'affection principale en cause, celle-ci demandant une grande précocité de diagnostic et une grande rapidité d'intervention.

On sait que l'inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique comporte un pronostic grave, si elle est méconnue et non opérée à temps.

Dans notre cas le tableau clinique plaidait en faveur de hernies irréductibles et les signes de rupture de grossesse tubaire n'étant pas suffisamment manifestes, l'erreur de diagnostic préopératoire était inévitable.

CONCLUSIONS

Notre observation est très intéressante.

1° Elle démontre que la grossesse extra-utérine est d'un diagnostic difficile pendant les trois premiers mois.

Ses accidents évolutifs, rupture et avortement, sont exposés aux mêmes erreurs, bien qu'on affirme et à juste raison, que cette affection n'est le plus souvent révélée que grâce à l'une de ses complications.

2° Le cas présente un intérêt particulier à cause des *kystes hématiques pseudo-herniaires*, inconnus jusqu'ici, au cours des ruptures de trompes gravides, qui, bien qu'ils constituent une complication rare et bénigne, doivent être pris en considération pour ne pas s'exposer à des erreurs qui pourraient encore aggraver le pronostic déjà sévère de l'affection causale.

3° Enfin, en mettant en évidence les kystes hématiques pseudo-herniaire, affection rare et non décrite en pathologie chirurgicale, nous estimons qu'ils doivent être décrits avec les kystes saculaires qui, eux aussi, ne sont qu'une complication de hernie préexistante.

**Observation 69. — SUR UN CAS DE GROSSESSE
TUBAIRE coïncidant avec une hernie ombilicale
et dont la rupture simula un étranglement de
cette dernière.**

HOFFSTATTER et VON HABERER

Je vais vous parler d'un cas intéressant de hernie ombilicale compliquée de grossesse tubaire, dont le diagnostic n'a pu être fait qu'à l'intervention.

R. J. T., âgée de trente-six ans, toujours bien portante auparavant. Trois grossesses, un avortement.

La dernière grossesse était du 5 mai 1908.

Depuis 1093, elle avait une hernie ombilicale, apparue brusquement à la suite d'un effort et qui avait interrompu une grossesse alors âgée de trois semaines.

La hernie augmenta peu à peu de volume et devint de la grosseur d'un poing, puis elle resta stationnaire et n'occasionna aucune gêne à la malade.

Le 23 novembre, c'est-à-dire six mois et demi après la dernière grossesse, à une époque où cette femme nourrissait encore son enfant, survinrent des douleurs abdominales extrêmement violentes. La malade les attribua aux coups de pied que son enfant lui donnait dans l'abdomen pendant qu'elle l'allaitait.

En même temps, sensation de malaise, et syncopes, obligeant la femme à s'aliter.

Dans les jours qui suivirent, elle ne ressentit plus rien, sauf une constipation absolue, avec absence complète de matières pendant quatre jours.

Puis les douleurs réapparurent, ainsi que la constipation pendant les trois jours qui suivirent, déterminant la malade à aller voir son médecin, qui attira son attention sur la coloration rouge violacée de la peau au niveau de la hernie. La femme mit cette ecchymose sur le compte des coups de pied portés par son enfant à ce niveau, mais elle ne put dire quand cette coloration était apparue, ne l'ayant pas remarquée.

Le médecin essaya de réduire la hernie, il échoua et envoya la malade à la clinique.

Le 30 novembre, nous notons l'état suivant :

Bon état général.

Pas d'anémie, pas d'amaigrissement.

Pas de température.

La langue est légèrement sèche.

L'état des organes thoraciques est normal, l'abdomen est légèrement tendu, non rénitent.

Paroi abdominale adipeuse.

Foie et rate normaux.

La hernie ombilicale a la grosseur d'un poing d'homme.

Suffusion sanguine de la peau au niveau et au pourtour de la hernie, virant au jaune en certains points.

La hernie n'est pas très sensible à la pression.

Elle ne peut être réduite et ne modifie pas ses dimensions sous l'influence de la toux et de la pression.

Entre le 2 et le 8 décembre, la femme parut avoir des règles normales, on ne pensa à aucune complication génitale, et on décida d'intervenir étant donné l'irréductibilité de la hernie; toutefois, celle-ci ne présentant aucun signe alarmant, on attendit la fin de l'écoulement sanguin pour opérer; celui-ci s'arrêtant le 9 décembre, l'intervention eut lieu le 10.

Compte rendu opératoire (Von Haberer).

Narcose éther.

morphine.

scopolamine.

Incision médiane partant de l'appendice xyphoïde, contournant l'ombilic et s'arrêtant à la symphyse.

Grosse déhiscence des muscles au niveau de la hernie qui fut ouverte à sa base.

On trouve de l'épiploon avec du sang extravasé, l'épiploon est réséqué.

En regardant dans la profondeur du ventre, on voit une anse intestinale adhérant fortement à l'utérus.

L'anse présente des suffusions sanguines.

On incise plus loin le péritoine et on essaye de libérer cette anse, qui est fixée à l'utérus par des adhérences fibrineuses. On y arrive non sans avoir blessé la séreuse, ce qui nécessita ensuite des points de sutures.

En libérant cette anse, on tombe dans le petit bassin sur une masse de la grosseur d'un poing, limitée en avant par l'utérus, en arrière par les anses intestinales conglomerées.

Cette masse est formée de sang noir, poisseux, en partie coagulé, en partie liquide, qu'on nettoie à la main.

A gauche de la masse, on trouve une tumeur, qui se trouve être la trompe gravide qu'on résèque.

La poche hémato-célique est nettoyée au sérum, remplie avec des mèches de gaze et un gros drain.

Fermeture du péritoine.

Cure radicale de la hernie ombilicale.

Cure de l'éventration.

Crins de Florence sur la peau.

Après l'opération, le pouls est petit et fréquent.

On injecte un litre de sérum sous la peau.

Les quatre premiers jours, la température est à 38, le pouls redevient lentement normal, sécrétion minime, ablation des mèches et du drain.

Le dixième jour, ablation des crins.

Le onzième jour, il n'y a plus de drainage.

En interrogeant à nouveau la malade, on apprend des détails sur le début de la maladie, qu'elle n'avait pas révélé auparavant.

Le 22 novembre, au début de l'étranglement apparent de la hernie, *légers signes de collapsus* : vertiges, palpitations, lipothimie.

Écoulement de sang par le vagin avec quelques caillots et membranes.

Signes qui disparurent complètement dans les deux ou trois jours qui suivirent.

Le 2 janvier 1909, la malade qui était complètement guérie, quitta l'hôpital, ne se plaignant d'aucun trouble.

L'examen gynécologique de cette date montre un utérus non augmenté de volume, dur, mobile sur la ligne médiane, le fond dévié à gauche.

A la place de l'annexe gauche, légère cicatrice à peine palpable.

Annexe droite normale, ovaire légèrement descendu.

Aucune douleur à la palpation.

En résumé :

Il s'agit d'un iléus chronique de petite importance, déterminé par l'agglomération des anses intestinales par une hématocele rétro-utérine, due à la rupture d'une trompe gravide, chez une femme allaitant encore son enfant et non encore réglée.

Le diagnostic, à cause de la coexistence d'une hernie ombilicale, avec extravasation sanguine, n'a pu être reconnu.

Il faut d'ailleurs remarquer que la femme n'a donné au médecin qui l'interrogeait au début, aucun détail pou-

vant orienter vers une grossesse ectopique possible. Elle-même fut très étonnée quand on lui apprit cela après l'opération.

L'extravasation sanguine, constatée au niveau de la hernie, peut être expliquée par les essais répétés de taxis.

En réalité, elle nous paraît être due à l'envahissement de la hernie par le sang provenant de la rupture tubaire.

Nous savons en effet que dans certaines hémorragies abdominales le sang envahit la ligne blanche; de plus, il s'agit d'une zone de moindre résistance, puisque d'autres auteurs ont signalé des cas analogues dans des hernies inguinales et crurales.

**Observation 70. — GROSSESSE TUBAIRE
de trois ou quatre semaines
prise pour une hernie ombilicale étranglée**

MICHAUX

M. Michaux présente une pièce de grossesse extra utérine qu'il a recueillie sur un malade du service de M. Schwartz..

Il avait été appelé auprès de cette malade, atteinte, disait-on, d'un étranglement ombilical.

La petite hernie qu'elle portait n'était nullement étranglée mais en incisant la paroi abdominale, le chirurgien fut surpris de voir s'écouler un flot de sang.

En prolongeant peu à peu l'incision par en bas on donna issue à deux litres et demi de sang et l'on trouva dans le fond du petit bassin, la trompe droite, violacée,

rompue, dans son intérieur un petit fœtus enveloppé de sa vésicule membraneuse.

La trompe fut réséquée et la guérison fut la suite de cette intervention.

L'histoire clinique de cette malade a pu être reconstituée par M. Schwartz. Ce qu'il y a d'intéressant chez elle, c'est que l'hémorragie s'est faite d'une manière progressive jusqu'au soir où elle a été opérée par M. Michaux.

**Observation 71. — GROSSESSE TUBAIRE
DANS UNE HERNIE INGUINALE
Strangulation de l'Iléon par un appendice épiploïque**

MAX JORDAN

Au mois d'août 1896, j'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer à la clinique chirurgicale, où je remplaçais le Professeur Czerny, un cas de rupture de kyste tubaire dans une hernie inguinale, qui mérite une communication détaillée.

Katerine J..., trente-sept ans, toujours bien portante, est normalement réglée, mariée en 1887.

Premier accouchement normal en 1888, enfant décédé peu après.

A partir de 1899, douleurs dans le bas-ventre attribuées à un pyosolpinx droit. En 1890, l'état s'aggrave et il se forme progressivement une collection suppurée, dans le ligament large droit qui est ouverte par deux incisions obliques très étendues.

Guérison en quelques mois. . .

Deuxième accouchement en 1892, accouchement spontané, après tentatives de forceps sur tête fœtale non engagée.

Suites de couches apyrétiques, mais phénomènes de gangrène de la paroi vésicale et formation d'une fistule vésico-vaginale.

De 1892 à 1894, quatre interventions sont pratiquées sans succès. La première par voie haute. Incision oblique de la vessie au-dessus de la symphyse et avivement des bords de la fistule située entre les deux embouchures urétérales.

Les trois autres par voie vaginale.

En mai 1894, elle entre à la clinique où le professeur Czerny réussit à la guérir définitivement par opération vaginale (avivement et suture).

A cette époque, l'état de l'abdomen est le suivant :

On note au-dessous de la symphyse, deux larges cicatrices anciennes.

L'une d'elles, fortement élargie, dirigée obliquement en bas et en dedans, se trouve dans la région du canal inguinal droit. Elle présente un orifice grand comme une pièce de 5 francs, par lequel on arrive dans la cavité abdominale.

La deuxième cicatrice, qui traverse obliquement la symphyse, correspond dans sa moitié gauche à l'anneau inguinal gauche.

A ce niveau, elle est élargie et présente un orifice herniaire perméable à deux doigts.

Par la suite, les mictions sont tout à fait normales,

l'état général est bon, mais la malade souffre d'une constipation opiniâtre, qui cède au début aux laxatifs et purgatifs, mais en été 1896, les symptômes intestinaux s'accroissent.

Aux troubles de la défécation, qui est très difficile, s'ajoutent de très douloureuses coliques. Fin juillet, crise intense de rétention de matières, accompagnée de douleurs et de vomissements durant plusieurs jours pendant lesquels la malade s'alite et qui rétrocede à la suite de lavements énergiques.

Le 3 août 1896, c'est-à-dire huit jours plus tard, la malade se croyant enceinte, étant donné une absence de règles depuis le 17 juin, vient consulter à la clinique.

On l'examine et on lui conseille de revenir dans quelques mois. Mais dans l'après-midi du même jour, elle est prise brusquement de douleurs abdominales violentes avec vomissements. On la transporte d'urgence à la clinique.

A l'admission, on se trouve en présence d'une femme corpulente, mais très anémique. Faciès angoissé, pouls petit, faible 120. Abdomen ballonné, fortement tendu, tympanisme généralisé. Douleur diffuse à la pression.

1° Dans la région droite du bas-ventre :

Au-dessus de la cicatrice déjà mentionnée, on note une tuméfaction proéminente de la grosseur d'un petit poing, tympanique à la percussion, non mobilisable, non réductible, non douloureuse.

Au-dessous de la cicatrice, qui présente au milieu un orifice herniaire perméable à un doigt, se trouve une

deuxième voussure faisant hernie molle, non réductible, non douloureuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

2° Dans la moitié externe de la cicatrice oblique gauche correspondant à l'anneau inguinal, apparaît une hernie de la grosseur d'une pomme, de consistance molle, mate à la percussion, non réductible et douloureuse à la palpation profonde, au contraire des hernies droites, qui ne sont pas sensibles à la pression.

Urines claires, ni sucre, ni albumine. Indicanurie.

Le 4 août, depuis l'admission, les vomissements n'ont pas cessé et les douleurs persistent.

Malgré les lavements, ni selles, ni gaz, les laxatifs sont immédiatement rejetés.

Le 5 août, les vomissements augmentent, les matières vomies ont un caractère fécaloïde. Les lavements d'huile sont sans effet. Douleurs abdominales très intenses, pas de sommeil, très mauvais faciès. Malade très faible.

Examen vaginal. Col derrière la symphise à droite de la ligne médiane. Orifice cervical déchiqueté et ramolli. On ne peut palper le corps utérin à cause de la tension des parois abdominales.

Le rectum est libre.

On décide d'intervenir.

Narcose. Chloroforme, éther, morphine.

Incision partant du bord gauche du Mont de Vénus, se dirigeant obliquement en haut et en dehors, ouvrant complètement le sac herniaire gauche, dont les parois sont épaisses.

Le sac est rempli de caillots de sang noirâtre, qui par endroits adhèrent solidement aux parois du sac.

En nettoyant le sac, on voit surgir de la profondeur du sang artériel frais. On prolonge l'incision vers le haut, sur une longueur de dix-neuf centimètres.

Dans la profondeur du sac, on découvre un fœtus de trois mois qu'on extrait, puis on tombe sur le kyste fœtal avec les annexes qui se trouvent au milieu. Des anses intestinales; les annexes se laissent facilement attirer dans la plaie, on les extirpe après ligature. On enlève de nombreux caillots qui se forment entre les anses grêles.

La révision de l'intestin, fait découvrir dans le sac herniaire le colon adhérent solidement et sur une grande étendue.

On trouve en outre une frange épiploïque assez longue de la grosseur d'un petit doigt, adhérent à l'intestin qu'elle entoure complètement par son extrémité, déterminant ainsi un étranglement. Après résection de ce cordon, toilette du Douglas, tamponnement de la cavité abdominale.

Examen anatomique : le fœtus enlevé est de sept centimètres et demi de long du sexe masculin, âgé de onze à douze semaines, frais, bien conservé. Le sac fœtal de la grosseur d'une pomme est issu de la portion moyenne de la trompe rompue.

L'ovaire gros comme une amande, contient un corps jaune frais. Dans le ligament large, il y a plusieurs petits kystes.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Collapsus à la fin de l'opération.

Injection d'éther.

Les vomissements persistent après l'opération et conservent leur caractère fécaloïde.

Exitus le 6 août à 5 heures et demie du matin.

Autopsie : la tumeur située au-dessus de la cicatrice droite, dans la région iléo-cœcale, est formée par une agglomération d'anses grêles adhérentes.

La hernie située dans la cicatrice droite et celle située au-dessous, contiennent du péritoine adhérent et attirant en bas une anse du colon transverse voisine de l'angle droit.

Une anse de l'iléon, à peu près longue de trente centimètres, se trouvant comprise entre une adhérence à la cicatrice abdominale droite et une adhérence à l'orifice abdominal de la trompe droite est presque entièrement obstruée et la portion du grêle sus-jacente est fortement météorisée.

A gauche, dans le voisinage du champ opératoire, se trouvent de nombreuses adhérences intestinales, déterminant des sténoses multiples du grêle.

Au niveau du colon et du rectum, se trouvent des coutures.

L'utérus est hypertrophié et présente une déciduale.

Au niveau de la paroi vésicale postérieure, cicatrice entre les embouchures des uretères qu'on voit aussi sur la paroi antérieure du vagin.

Néphrite interstitielle chronique bilatérale.

A droite, hydronéphrose.

REFLEXIONS

La malade meurt d'un iléus déterminé par des sténoses multiples. L'obstacle est dû à la conglomération des anses grêles et les adhérences intestinales très étendues.

La cause de ces altérations intestinales réside d'une part; dans le processus de péritonite chronique consécutif à une annexite purulente;

D'autre part, dans les interventions chirurgicales multiples pour collection du ligament large et fistule vésico-vaginale.

L'iléus fatal est précédé de constipation chronique et de petites crises d'occlusion.

Le siège de cet iléus est difficile à déterminer.

L'intervention a porté sur la hernie gauche, parce qu'elle était douloureuse, les hernies droites étant indolores.

La découverte de la grossesse extra-utérine fut une surprise à laquelle on ne s'attendait pas, bien que la cessation des règles et l'anémie eussent dû éveiller les soupçons d'une hémorragie interne.

Mais ces signes ne suffisaient pas pour faire le diagnostic, car l'anémie n'augmentait pas et le syndrome d'iléus était tellement marqué, qu'il donnait le tableau clinique.

En outre, le météorisme très développé, n'a pas permis un examen gynécologique très approfondi.

L'état de l'intestin dans le sac herniaire (strangulation par frange épiploïque) était suffisant pour expliquer l'occlusion. Cependant, étant donné la présence de hernies du côté droit, nous aurions dû étendre l'intervention de ce côté, mais je dois dire que l'état de la malade ne permettait guère la continuation de l'opération.

Le kyste fœtal développé dans la partie moyenne de

la trompe est situé à la base du sac herniaire, dans lequel le sang s'est épanché au moment de la rupture.

Les rapports des annexes avec la hernie sont dus probablement au développement de cette dernière au niveau de la cicatrice opératoire. Une pelvi péritonite adhésive a vraisemblablement favorisé le rapprochement de la trompe et du sac herniaire.

Cette ectopie des annexes explique le développement d'une grossesse extra-utérine et prédispose le kyste fœtal à la rupture.

Etant donné la coïncidence, au point de vue chronologique, de la rupture tubaire et de l'occlusion, le problème est de savoir s'il y a rapport entre les deux événements.

A ce point de vue, deux possibilités :

1° Ou bien la rupture est provoquée par les phénomènes d'occlusion (météorisme et péristaltisme augmentés);

2° ou bien l'hémorragie est primitive et entraîne par compression l'éclosion de l'iléus dans un intestin déjà altéré et prédisposé au rétrécissement.

Je penche plutôt pour la seconde hypothèse, à cause de l'observation de Malherbe, que je rapporte en détail, car elle est analogue à la mienne.

Ici, tandis que cliniquement il existe tous les signes d'occlusion intestinale, l'intervention montre une rupture

tubaire, déterminant une hémorragie dans un sac herniaire vide.

L'existence dans une hernie d'une grossesse extra-utérine n'a jamais été rencontrée jusqu'ici.

On a parfois trouvé dans un sac herniaire, l'utérus gravide ou la corne gravide d'un utérus bicorne, mais jamais la trompe gravide.

ETUDE CLINIQUE

LES FORMES AIGUES

Ce sont les plus fréquentes : 77 0/0 des cas.

L'occlusion aiguë complice toutes les formes cliniques des gestations ectopiques.

Dans les grossesses jeunes, elle relève de la paralysie intestinale, déclanchée surtout :

par les grands accidents hémorragiques : inondation péritonéale et hématoçèle dues aux ruptures et avortements tubaires.

Plus rarement par la torsion des trompes gravides.

Dans les grossesses avancées, elle peut être :

Soit d'origine paralytique, lorsqu'elle est due à l'infection d'un kyste ou d'une hématoçèle ancienne.

Soit d'origine mécanique.

Ce sont surtout les vieux épanchements sanguins qui sont la cause de ces iléus vrais. Ils agissent par formation : de brides fibrineuses qui étranglent le grêle surtout, le gros intestin plus rarement, d'adhérences qui agglutinent les anses entre elles et les coudent.

Nous citerons comme causes plus rares : les étranglement par :

bride épiploïque,

orifice de la paroi du kyste,

volvulus du grêle,

les compressions de l'intestin par le sac fœtal.

Les antécédents des malades doivent être soigneusement

étudiés. Nous ne dirons jamais assez la valeur de l'interrogatoire, sur lequel, bien souvent, on devra uniquement se baser pour rapporter à leur véritable cause les accidents d'occlusion.

Il est fréquent chez ces malades de rencontrer des affections de l'appareil génital (métrites salpingo-ovarites).

Dans deux cas, les femmes avaient déjà été opérées de grossesse extra-utérine :

Survenue du même côté quatre ans auparavant (cas de Hanak).

Survenue du côté opposé dix-sept mois auparavant (cas de Beck).

Dans la majorité des cas, l'anamnèse met en évidence :
des signes de grossesse anormale,

l'arrêt des règles manque rarement (33 0/0 des cas),
les petites crises de douleurs pelviennes liées aux
fissurations de la trompe, et qui s'accompagnent
de syncopes, de pertes sanguines, sont encore plus
fréquentes.

Parfois, cependant, l'apparition des accidents occlusifs coïncide avec la rupture tubaire, sans aucun trouble abdominal précédent.

Le début est brutal. La malade est prise d'une douleur soudaine abdominale, violente, syncopale et de vomissements.

Peu à peu, les signes d'occlusion font leur apparition et se maintiennent au premier plan. Ce sont eux qui attirent l'attention et qui imposent le diagnostic.

Le météorisme si fréquent dans les heures qui suivent une hémorragie interne et qui existe toujours, mais à un

moindre degré, au cours des hématoécèles, est ici extrêmement marqué.

Le ballonnement est considérable et nous insisterons sur son importance, car il apporte une gêne notable à l'exploration clinique.

Les contractions péristaltiques sont observées surtout dans les occlusions mécaniques. Il est classique de les considérer comme traduisant la lutte contre l'obstacle; or, dans un cas d'iléus manifestement paralytique, elles ont été signalées

Nous pensons qu'il existe alors des coudures isolant une anse inerte. La paralysie n'étant que segmentaire, les anses saines luttent contre le segment paralysé, formant obstacle. Dans le cas qui nous intéresse (Desgouttes) on constata une coudure de l'angle hépatique du colon paralysé.

Quand la paralysie intéresse la totalité de l'intestin, les anses grêles sont immobiles.

Les vomissements, d'abord espacés, deviennent incessants; il existe une véritable intolérance gastrique ;

d'abord alimentaires, puis bilieux,

ils ne deviennent que tardivement fécaloïdes et cela surtout dans les occlusions vraies, nous ne les avons jamais observées dans l'iléus paralytique.

L'arrêt des matières et des gaz est un phénomène constant, capital, pas une seule fois il n'a fait défaut, il est permanent et résiste difficilement aux tentatives de désobstruction.

Au milieu de ce tableau clinique, dominé par les signes d'occlusion, le *syndrome d'hémorragie interne* peut conserver une place importante.

La syncope, qui a presque toujours accompagné la douleur du début se répète ; les lipothymies successives sont un excellent signe.

Une occlusion intestinale qui s'accompagne de syncopes est due à une rupture tubaire.

La pâleur du faciès manque rarement, teinte cireuse de la peau, avec décoloration des muqueuses.

Le pouls est rapide, petit, hypotendu. •

Il existe très souvent des petites hémorragies vaginales qui doivent attirer l'attention vers l'appareil génital.

Dans certains cas, ce sont *des signes de péritonite* qui accompagnent l'occlusion et qui en sont rendus responsables.

Ici, la fièvre, qui habituellement fait défaut, est élevée. Elle peut atteindre 39-40°; elle est parfois oscillante. La contracture peut exister, surtout marquée à droite (cas de Rousset, Bonnet, Lieutaud); on conçoit alors que le diagnostic d'appendicite soit fatalement porté.

Le faciès prend l'aspect dit péritonéal.

Les vomissements sont porracés.

La rétention d'urine est fréquente dans ces formes aiguës. Nous avons rencontré ce signe dans 10 cas.

La pathogénie est la même que celle de la paralysie intestinale qu'elle accompagne.

Les urines sont parfois albumineuses et peuvent contenir de l'indican.

L'examen clinique mettra en évidence :

le ramollissement du col,
la douleur et l'empâtement du Douglas.
une masse douloureuse dans un cul-de-sac,
une tumeur pelvienne de consistance kystique,
signes qui permettront de rattacher les accidents
occlusifs à la grossesse ectopique.

L'évolution et le pronostic dépendent : du traitement institué ; de la forme pathogénique de l'occlusion ; de la grossesse extra-utérine en cause.

— En général, le traitement médical est inefficace ; si, dans cinq de nos cas, il entraîna la guérison, c'est qu'il s'agissait de paralysie intestinale, survenant en dehors d'accidents hémorragiques.

Dans ces cas particulièrement favorables, on voit les phénomènes s'amender.

La crise d'obstruction peut rester un accident isolé et ne plus réapparaître, la grossesse continuant à évoluer. Le plus souvent, des récives surviennent qui se font à l'occasion de nouvelles hémorragies tubaires liées aux fissurations de la trompe, réalisant l'occlusion à poussées successives.

— Dans la grande majorité des cas (93 0/0), le traitement médical seul est impuissant à faire disparaître les signes d'occlusion qui s'accroissent de plus en plus et imposent l'intervention.

Sinon la mort survient rapidement :

- soit par hémorragie et shock (Littauer) ;
- soit par occlusion intestinale *en quelques heures* s'il s'agit d'iléus mécanique (cas de Cattell où une hématoécèle ancienne avait provoqué, par formation d'adhérence et de brides, un volvulus du grêle).
- en quelques jours* s'il s'agit d'un iléus paralytique (5 jours dans le cas de Wheeler).
- soit, enfin, par péritonite, lorsque celle-ci est à l'origine de l'occlusion. (cas de Robiolis).

La forme aiguë est la plus grave de toutes les formes occlusives, puisque, malgré l'intervention, la mortalité est encore de 29 0/0.

FORME SUBAIGUE PROGRESSIVE

L'occlusion progressive qui complique les grossesses ectopiques est toujours une occlusion vraie.

Elle est réalisée avant tout par les obstacles portant sur le rectum :

Compression ou constriction annulaire.

Plus rarement, elle traduit un obstacle sur le grêle :

Coudure, adhérences, agglutination, étranglement par brides.

C'est la grande complication :

des hématoécèles anciennes,

des kystes fœtaux des grossesses âgées.

Absolument fatale si l'on n'intervient pas, la gravité de son pronostic est singulièrement atténuée par le traitement chirurgical.

Notre étude porte sur neuf observations (13 0/0 des cas). Quatre fois l'acte opératoire a entraîné la guérison :

soit laparotomie avec drainage de la poche hémato-célique (3 cas) ;

soit colpotomie (1 cas).

Dans les cinq cas où l'occlusion aboutit à la mort, quatre fois l'intervention n'a pas été pratiquée.

Une seule fois elle s'est bornée au seul anus iliaque impuissant à faire céder les signes d'étranglement.

C'est l'étude de ces derniers cas qui nous a permis de

retracer l'évolution spontanée de cette forme, en l'absence de tout traitement chirurgical.

Le début est progressif :

Il survient chez une femme enceinte de quelques mois. Les règles sont supprimées et il existe des signes sympathiques du début de grossesse, avec quelques troubles qui font penser à une gestation anormale: crises pelviennes douloureuses, s'accompagnant de pertes sanguines intermittentes ou continues, dans l'intervalle des époques normales.

Parfois même c'est, après un syndrome de rupture tubaire, douleur abdominale et syncopale brutale, lipothimie, pâleur, que s'installe progressivement le premier signe en date :

La constipation, celle-ci est progressive et d'emblée opiniâtre, ne cédant à rien. Elle dure huit, quinze jours et s'accompagne de :

Douleurs abdominales sans localisation précise. D'abord peu marquées, elles prennent le type de coliques paroxystiques.

Le ventre se ballonne progressivement et devient douloureux; c'est habituellement à ce moment qu'on est appelé à voir la malade.

L'inappétence est absolue.

La température normale.

Le pouls légèrement accéléré (90-100).

Les essais de désobstruction intestinale peuvent aboutir à l'émission de selles muqueuses, diarrhéiques, peu abondantes, mais bientôt la constipation réapparaît absolue avec :

Arrêt des gaz et vomissements. — Ils sont d'abord ali-

mentaires et glaireux, puis bilieux porracés, enfin fécaloïdes.

L'examen physique permet d'orienter le diagnostic et de poser formellement l'indication opératoire.

L'exploration abdominale, quand elle n'est pas gênée par le ballonnement, permet de percevoir une masse pelvienne douloureuse, à limites plus ou moins précises, soit rénitente, donnant la sensation d'un kyste tendu, soit molle, non fluctuante. Tumeur d'ailleurs beaucoup plus accessible au toucher vaginal, qui donne des renseignements plus précis.

Le col est refoulé par cette masse, qui bloque les culs-de-sacs et immobilise l'utérus, lequel paraît fixé.

Mieux encore que l'examen vaginal, le toucher rectal permet d'en apprécier la consistance et d'en préciser les contours.

Si, à cette époque, l'intervention ne vient pas lever l'obstacle et faire céder les phénomènes occlusifs, tous les signes vont s'accroître et réaliser le tableau clinique du *choléra herniaire*.

Le météorisme s'accroît, les douleurs abdominales sont continuelles, avec paroxysmes intolérables, au moment desquels il est facile de suivre le péristaltisme intestinal.

Le pouls s'accélère, devient petit et fuyant, cependant que la température reste normale ou s'abaisse (dans le cas de Behier elle atteint 34°4). Cette dissociation du pouls et de la température manque rarement.

Les vomissements, qui se maintiennent fécaloïdes, deviennent incoercibles.

Le faciès se grippe, la langue est sèche, la soif ardente. Le hoquet apparaît en même temps qu'un signe

d'une extrême gravité : l'asphyxie, qui se traduit par la dyspnée et la cyanose des téguments.

Le pouls se ralentit (60-50), les extrémités se refroidissent, les urines sont émises involontairement, signes qui traduisent la mort prochaine, laquelle survient dans l'algidité et le collapsus.

La durée de l'évolution de cette forme est variable, elle entraîne la mort en une à six semaines. Celle-ci survenant d'autant plus rapidement que l'obstacle atteint le grêle, et d'autant plus lentement qu'il siège sur le gros intestin.

FORME CHRONIQUE A POUSSEES SUCCESSIVES

Elle est réalisée par :

- Les crises de fissuration tubaire;
- Les grossesses avancées, ou compliquée d'infection.

Il peut s'agir de pseudo-occlusion :

- Soit de pseudo occlusions :

Dans ce cas, elles accompagnent les hémorragies successives qui se font au niveau de la trompe fissurée;

— Ou les poussées de péritonite qui viennent compliquer :

- La suppuration d'une hématoçèle;
- L'infection d'un hyste fœtal.

Dans la majorité des cas ce sont des occlusions vraies (70 0/0):

— Par compression du gros intestin (kyste fœtal, sac tubaire, hématoçèle enkystée).

- Plus rarement du grêle (lithopédiions).

Le début peut avoir été précédé par un syndrome de rupture tubaire, ou par une suppression plus ou moins longue des règles.

La crise d'obstruction survient brusquement, parfois annoncée par une période de constipation opiniâtre.

Elle se traduit par :

— Des douleurs abdominales à type de coliques, avec ou sans contractions péristaltiques.

- du météorisme,
- des vomissements alimentaires ou bilieux, exceptionnellement fécaloïdes,
- une absence plus ou moins complète des matières et des gaz.
- Quand l'occlusion accompagne les petites hémorragies de la trompe, le pouls est rapide, on observe de la pâleur, des lipothymies, des syncopes, un écoulement sanguin vaginal.

— Quand elle est due aux poussées de péritonite, liées à l'infection du gyste, la fièvre est élevée.

— le faciès grippé ;

— les vomissements porracés.

La crise dure quelques jours, s'amende en général par le traitement médical : glace et opium.

— Dans les cas de fissuration tubaire, *l'intervalle des crises* est habituellement silencieux.

L'hémorragie, d'ailleurs peu importante, ayant cessé l'état général redevient bon, les fonctions intestinales normales.

— Dans les compressions et les suppurations chroniques, il est au contraire marqué par de l'amaigrissement,

une altération de l'état général,

une constipation opiniâtre,

Plus souvent encore, par des débâcles diarrhéiques, alternant avec des périodes de constipation, qui précèdent de peu une nouvelle crise.

Dans le cas de Benham, chaque poussée d'occlusion était suivie de l'expulsion de débris fœtaux et de pus par le rectum. Dans l'intervalle des crises d'iléus, la malade

vaquait à ses occupations ; cet état se prolongea pendant sept ans.

Les crises sont plus ou moins rapprochées.

La durée des périodes intercalaires, comme d'ailleurs celles de l'évolution des formes chroniques est extrêmement variable. Celle-ci peut s'étendre *sur plusieurs jours* :

Cas d'Ættinger : douze jours.

Cas de Leroux : vingt-trois jours.

Cas de Wegener : trente-quatre jours.

Sur plusieurs mois :

Cas de Vianna : onze mois.

Cas de Sourasky : deux ans et demi.

Cas de Pletzer : quatorze mois.

Sur plusieurs années :

Cas de Benham : sept ans.

Le pronostic est grave si l'on n'intervient pas précocement, car la mort peut survenir non seulement par :

hémorragie cataclysmique,

occlusion aigue terminale (Pletzer),

ou péritonite généralisée (Sourasky)

qui viennent parfois mettre un terme à l'évolution, mais encore du fait d'affections surajoutées, qui compliquent si souvent cette forme traînante :

Néphrites par compression de l'arbre urinaire suppuration à distance.

Dans l'observation rapportée par Leroux, l'hématocèle comprimait non seulement le rectum, mais la vessie, l'uretère et le bassinot droits, qui avaient triplé de volume.

Des signes d'urémie nerveuse (crises épileptiformes)

se joignirent aux signes d'occlusion et la mort survint dans le coma.

Dans le cas d'Oettinger, l'occlusion chronique était due à un lithopédion adhérent à l'intestin grêle; l'autopsie montra un foyer suppuré périhépatique ouvert dans la plèvre, à la faveur d'une perforation.

Dans le cas de Vianna, une broncho-pneumonie emporta la malade le vingt-et-unième jour, alors que tous les phénomènes occlusifs avaient depuis longtemps cédé grâce au traitement chirurgical.

Nous avons pu recueillir sept observations d'occlusions chroniques (10 0/0 des cas).

3 fois l'intervention n'a pas été pratiquée;

3 fois la laparatomie entraîna la guérison.

Dans un cas, on eut recours à l'anus iliaque seul, il s'agissait d'un rétrécissement du rectum, dû à une hémato-cèle suppurée ; (Benham).

OCCLUSION CHRONIQUE A POUSSEES SUCCESSIVES

Tableau II.

NOMS	DATES	TYPE de G. E. U.	AGE de la GROSSESSE	FORMES d'occlusion.	MECANISME de l'OCCLUSION	Diagnostic porté	Evolu-tion de l'Occl.	SIGNES D'OCCLUSION	SIGNES de Grossesse extra-utérine	INTERVEN-TION	TERMI-NAISON
WEGENER	1891	Hématocèle enkystée de 3 mois.	Pas de retard de règles	Pseudo-occlusion	Hémorragies tubaires successives	Occlusion intestinale	34 j.	Constipation opiniâtre (8 j.), ballonnement abdominal, puis sédation. Réapparition de ces signes avec les crises douloureuses.	Syndrome de rupture tubaire 34 j. auparavant crises de douleur, répétées avec collapsus	Laparotomie	Guérison
SOURASKY	1925	Kyste fœtal infecté	8 mois	Pseudo-occlusion	Péritonite Infection du kyste fœtal	Tumeur de nature inconnue avec péritonite	2 ans 1/2	De temps en temps, crises rappelant l'occlusion.	Pas de renseignements	Laparotomie Drainage du sac.	Mort par péritonite terminale
LEROUX	1877	Hématocèle enkystée d'autant de 3 mois environ.	Pas de retard de règles	O. vraie	Compression du rectum, de la vessie, de l'uretère et du bassin par la poche hématocélisque.	Hématocèle rétro-utérine avec épanchement considérable	23 j.	Constipation opiniâtre abdomen tendu volumineux pendant 7 jours Sédation puis reprise de ces signes	Syndrome de rupture tubaire 23 j. auparavant (doul. syn-copale et pertes sangui-nes. Depuis syncopes répétées.	Pas d'intervention	Mort par urémie
BENHAM	1873	Hématocèle suppurée	7 ans	O. vraie	Constriction annulaire du rectum amenant un rétrécissement très serré.	Rétrécissement du rectum	7 ans	Crises abdom. aiguës av. doul. ballonnement vomissements survenant à peu près tous les 10 jours	Elimination du fœtus par le rectum.	Colostomie	Guérison
VIANA	1922	Grossesse tubaire avancée	11 mois	O. vraie	Compression du colon sigmoïde par le sac tubaire. Torsion d'une anse autour d'une bride épiploïque.	Processus inflamm. chronique d'origine annexielle	11 m.	Débâcles diarrhéiques entre-coupées de constip. avec douleurs, vomissements et météorisme.	Arrêt des règles. Syn-drome de rupture tubaire 8 mois auparavant.	Laparotomie suivie d'an-sus iliaque	Mort par broncho-pneumonie grippale le 21 ^e jour après guérison de l'occlusion.
OETTINGER	1883	Grossesse abdominale Lithopédion de 6 mois 1/2	Pas de retard de règles	O. vraie	Adhérence du lithopédion à l'intestin grêle.	Occlusion intestinale due à une tumeur abdominale, Péritonite tuberculeuse	12 j.	Débâcles diarrhéiques, puis selles rares, météorisme terminal av. douleurs et contractions péristaltiques	Néant	Pas d'intervention	Occlusion chronique entraînant la mort. Ouverture dans la plèvre d'un abcès péri-hépatique.
PLETZER	1886	Lithopédion de 6 mois 1/2	14 mois		Compression de l'iléon par le membre inférieur droit du lithopédion	Grossesse extra-utérine	14 m.	Crises doul. av. vomissements porracés séparées par des intervalles de 15 jours à un mois pendant lesquels il y a de la constipation.	Retard de règles. Pertes sangui-nes, crises doulou. avec collapsus. Signes de grossesse.	Pas d'intervention	Occlusion aiguë entraînant la mort

FORME OCCLUSIVE
AVEC
FAUX ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

FORME OCCLUSIVE AVEC FAUX ETRANGLEMENT HERNIAIRE

Nous devons un chapitre spécial à cette forme curieuse et rare d'inondation péritonéale qui, du fait qu'elle survient chez une femme atteinte de hernie, simule un étranglement herniaire.

Au cours d'un travail d'ensemble sur les fausses hernies étranglées, Clairmont de Vienne, parmi les nombreuses causes qu'il étudie, ne cite qu'une fois la grossesse extra-utérine (observation de Max Jordan que nous rapportons d'ailleurs ici).

En 1929 Busulenga de Bucarest en publie un cas qu'il juge unique, il donne le nom de *kystes hématiques pseudo-herniaires* à ces hernies contenant le sang issu de la grande cavité péritonéale et les considère comme une complication rare et bénigne des ruptures de la trompe gravide.

Nulle part ailleurs nous n'avons trouvé la description de cette forme, qu'on n'a jamais cherché à extraire et à individualiser du groupe des faux étranglements herniaires.

Nous avons réussi à en réunir neuf observations. Elles nous ont paru intéressantes, parce qu'elles reconnaissent un même mécanisme, donnent une même symptomatologie, conduisent à la même erreur de diagnostic et aux mêmes constatations opératoires.

Elles ont donc une entité très nette, que nous voudrions mettre en évidence.

Mondor, parlant des faux étranglements herniaires, les définit ainsi :

« Sous l'influence d'occlusions mécaniques ou paralytiques, une hernie, jusque là réductible, devient irréductible, douloureuse et tendue, sans que les causes en soient dans la hernie même. Les symptômes d'occlusion qui ont amené des modifications du côté de la hernie vont faire croire que celle-ci en est responsable, alors que les accidents intra-herniaires ne sont que la conséquence de l'occlusion ».

Les ruptures tubaires, coexistant avec des hernies, agissent suivant le même processus, l'hémorragie qu'elles entraînent devient la cause :

— De l'iléus paralytique d'une part,

— Des modifications de la hernie d'autre part.

Devant la similitude des observations, nous sommes tentés de décrire schématiquement un cas type :

Chez une femme, atteinte de hernie, survient une rupture de grossesse tubaire, le sang abdominal fuse dans le sac herniaire qu'il distend : *la hernie devient tendue et douloureuse*. Les caillots s'accumulent dans le sac, adhèrent plus ou moins à ses parois : *la hernie devient irréductible*.

D'autre part, l'hémorragie interne entraîne une paralysie intestinale d'où : ballonnement, arrêt des matières et des gaz, mis naturellement sur le compte de l'étranglement de la hernie. Si l'on ajoute à cela un début brutal marqué

par une douleur et des vomissements, il n'en faut pas plus pour arriver au diagnostic d'étranglement herniaire.

En résumé :

— Brusques modifications d'une hernie qui devient tendue, douloureuse et irréductible.

— Arrêt des matières et des gaz.

Tel est le tableau clinique. On conçoit que l'erreur de diagnostic soit fatal.

L'intervention porte sur la hernie. On trouve le sac rempli de sang, mais vide d'intestin. Comme le sang semble venir de l'abdomen, on agrandit l'incision et l'on termine l'intervention par une laparotomie qui instruit sur la véritable cause.

Ainsi se présente cette forme.

En étudiant de plus près la symptomatologie décrite dans nos observations, ne pourrions-nous pas trouver quelques indices qui permettraient d'orienter vers le diagnostic exact :

— La douleur brutale du début est syncopale, elle s'accompagne de faiblesse, d'anxiété, de lipothymies.

— Il y a des signes concomitants d'anémie aiguë : pâleur, petitesse et rapidité du pouls.

— Les phénomènes de shock, la gravité de l'état général ne sont pas en rapport avec un étranglement herniaire.

— Il existe, inconstamment d'ailleurs, des pertes sanguines vaginales (Heitzer).

Dans deux cas de hernies ombilicales (Hoffstatter et Tixier) la peau a pris une coloration bleu violacé ecchymotique, c'est le signe bleu de l'ombilic, sur lequel on in-

siste depuis quelques années et qu'ont décrit après Hoffstäter, Cullen, en 1919, Hellendal en 1921.

Tous ces signes auraient pu, si l'on avait su les observer plus attentivement ou les mettre en évidence par un interrogatoire plus serré :

— Faire rechercher le retard de règles qui existe dans plus de la moitié des cas (cinq fois sur neuf) et qui varie de un à deux mois.

— Conduire à un examen génital.

L'inondation péritonéale ou l'hématocèle causales sont dues à la rupture ou à l'avortement tubaire et compliquent des grossesses jeunes de moins de deux mois.

La hernie préexiste en général à la grossesse ectopique sauf dans un cas (Heitzer) où elle apparut en même temps que l'hémorragie interne.

Le siège de la hernie est variable.

Sur les neuf cas que nous rapportons, nous notons :

— Trois hernies ombilicales ;

— Quatre hernies inguinales dont deux bilatérales.

— Deux hernies crurales.

Le sac contient du sang libre ou des caillots dans tous les cas.

Huit fois sur neuf on ne trouve pas d'intestin.

Deux fois l'épiploon, non adhérent, est intra-herniaire, mais ne présente aucune lésion.

Dans un cas, l'épiploon adhérait aux parois du sac et fit faire le diagnostic d'épiplocèle étranglée. Or, il s'agissait d'une hernie depuis longtemps, incomplètement réductible et de ce fait étiquetée épiplocèle adhérente.

Enfin, dans l'observation rapportée par Max Jordan,

et qui diffère un peu des autres, le sac contient la trompe gravide rompue, le colon adhérent et une anse grêle étranglée; non par le collét du sac, mais par un appendice épiploïque.

La hernie s'était développée au niveau d'une cicatrice ectasiée passant par l'anneau inguinal gauche ; la trompe, à la faveur des adhérences, avait dû être attirée et prolabée dans le sac, en même temps que l'intestin et l'épiploon.

L'épanchement sanguin a déclenché dans huit de nos cas un *iléus paralytique*, ce sont donc, le plus souvent des formes pseudo-occlusives.

Seul, le cas de Max Jordan a réalisé un *iléus mécanique*, relevant d'ailleurs de causes multiples autres que la grossesse extra-utérine (adhérences anciennes développées à la faveur d'un processus inflammatoire chronique : salpingo ovarite et phlegmon du ligament large antérieurs).

Il s'est agi dans presque tous les cas d'*occlusions aiguës*, sauf dans le cas de Hofftatter, où l'occlusion a emprunté le *type progressif*, sans doute à cause de la latence des accidents hémorragiques, permettant à la collection sanguine de s'enkyster, grâce à l'agglutination des anses grêles.

Le fait de simuler un étranglement herniaire *n'aggrave pas le pronostic* de ces formes qui sont relativement bénignes, si l'on intervient précocement. Tout au plus, égare-t-il le diagnostic, que l'intervention vient immédiatement rectifier. Une seule fois, l'erreur a persisté même après ouverture du sac herniaire, la laparotomie n'ayant été pra-

tiquée que deux jours plus tard, devant la menace grandissante de l'hémorragie interne.

L'intervention est toujours initialement une kélotomie suivie de laparotomie immédiate.

Elle se réduit, dans la plupart des cas, à la castration unilatérale et à l'évacuation sanguine, qui fait céder les accidents d'occlusion, sans qu'il soit utile d'intervenir sur l'intestin.

Cependant, deux fois (Max Jordan et Hofftatter) il a été nécessaire, pour lever l'étranglement, de rompre des adhérences. Au cours des manœuvres opératoires, la paroi intestinale fut lésée et dût être réparée.

FORME OCCLUSIVE AVEC FAUX ETRANGLEMENT HERNIAIRE

Tableau III.

OBSERVATIONS	DATES	FORME DE G. E. U.	FORMES OCCLUSIVES	RETARD DE REGLES	SIGNES D'ETRANGLEMENT HERNIAIRE	S. D'HEMORRAGIE INTERNE	LESIONS Intestinales observées	CONTENU du SAC	INTERVENTION	DIAGNOSTIC	TERMINAISON
MURPHY	1895	Inondation péritonéale par avortement tubaire.	F. pseudo-occlusive Occlusion aiguë	Pas de retard	Nausées, douleurs dans le bas-ventre au-dessus de la hernie qui est dure, irréductible.	Douleur brusque Anxiété, pouls rapide, faiblesse, collapsus.		Liq. choc. semi-liquide. Gros caillot engagé dans l'anneau. Pas d'intestin	Kelotomie suivie immédiatement de laparotomie	Hernie inguinale étranglée compliquée de G. E. U.	Guérison
MICHAUX	1893	Inondation péritonéale par rupture de la trompe.	F. pseudo-occlusive Occlusion aiguë	1 mois	Signes d'étranglement ombilical.			Sang Pas d'intestin.	Kelotomie suivie immédiatement de laparotomie	Hernie ombilicale étranglée	Guérison
MALHERBE	1895	Hématocèle par rupture de la trompe	F. pseudo-occlusive Occlusion aiguë	Pas de retard	Arrêt des matières et des gaz depuis 4 jours. Vomissements, hernie dure, tendue, douloureuse, irréductible.	Doul. brusque syncopale facies pâle, syncope, rétention d'urine.		Sac absolument vide. Sang dans le canal inguinal.	Kelotomie suivie immédiatement de laparotomie	Hernie inguinale étranglée	Guérison
TIXIER	1899	Inondation péritonéale	F. pseudo-occlusive Occlusion aiguë	Pas de retard	Hernie dure, tendue, douloureuse, irréductible. Arrêt des matières. Quelques gaz.	Coloration bleuâtre de la hernie. Phénom. de shock non en rapport avec un étrang. herniaire		Epiploon adhérent baignant dans un sang noir. Epiplocèle pré-existante.	Kelotomie suivie immédiatement de laparotomie	Hernie ombilicale étranglée	Mort trois jours après interv. de péritonite aiguë généralisée
HOFSTATTER et VON HABERER	1908	Hématocèle	F. pseudo-occlusive Occlusion subaiguë progressive	Pas de retard	Constipation absolue 7 jours. Hernie peu douloureuse, irréductible, sans impulsion à la toux.	Douleur abdominale brusque, coloration violacée de la peau au niveau de la hernie ; syncopes.	Anses intest. adhérent. fortem. à l'utérus	Epiploon non adhérent. Sang extravasé.	Laparotomie d'emblée à cause d'une éventration concomittante	Hernie ombilicale étranglée	Guérison
SOULIGOUX et LAQUIERE	1922	Hématocèle	F. pseudo-occlusive Occlusion aiguë	6 sem.	Douleurs, nausées, vomissements. Inselle pas de gaz. Hernie dure, mate, doulour. irréductible.	Gravité de l'état général. Facies pâle, pouls petit rapide ; hypotendu.		Epiploon non adhérent. Sac plein de sang.	Kelotomie suivie de laparotomie immédiate.	Hernie crurale gauche étranglée	Guérison Phlébite gauche post-opératoire
BUSULENGA	1929	Hématocèle		2 mois	Hernie brusquement irréductible et douloureuse. Arrêt des matières et des gaz. Ballonnement	Douleurs abdominales brusques. Pouls rapide et petit, état général grave, pâleur, vertiges.		Sang, aucun organe abdominal.	Kelotomie suivie immédiatement de laparotomie	Hernies crurales bilat. étranglées avec salpingite droite et insuff. ovarienne	Guérison
HEITZER	1929	Hématocèle	F. pseudo-occlusive Occlusion aiguë	2 mois	Arrêt des matières et des gaz depuis 2 jours. Hernie irréductible peu douloureuse.	Douleur brusque syncopale. pertes sanguines. Petites sueurs et rapidité du pouls. — Anémie.		Sac rempli de caillots. On ne trouve pas d'anses intestinales.	Kelotomie suivie deux jours après de laparotomie	Hernie inguinale droite étranglée	Guérison Phlébite double post-opératoire
Max JORDAN	1896	Hématocèle	F. pseudo-occlusive Occlusion aiguë	7 sem.	Arrêt des matières et des gaz. Abdomen météorisé. Vomissements fécaloïdes. Hernie douloureuse, mate, molle, et non réductible.	Douleur brusque. Anémie marquée. Pouls faible. 120.	Etrangl. intestin. par un appendice épiploïque, adhérences et étranglements multiples	Caillots noirâtres. Kyste fœtal. Annexes anse grêle étr. par un appendice épiploïque.	Kelotomie suivie immédiatement de laparotomie latérale.	Hernie inguinale gauche étranglée	Mort par occlusion, l'intervention n'avant pas levé tout l'étranglement

L'OCCLUSION POST-OPÉATOIRE

L'occlusion post-opératoire a été observée sept fois, soit dans 12,5 0/0 des cas.

Le nombre des observations est trop limité pour que nous puissions en faire une étude très approfondie; cependant, il nous permet d'arriver aux constatations suivantes :

- a) L'occlusion persiste après l'intervention;
- b) L'occlusion réapparaît.
 - Soit précocement, en général, le deuxième jour.
 - Soit tardivement, vers le douzième jour.

Comment interpréter ces faits?

A. — L'occlusion persiste après l'intervention.

- Les vomissements fécaloïdes ne sont pas supprimés.
- Le ballonnement ne diminue pas, ni gaz, ni selle ne sont émis.

- L'état nauséux est continu.

- La température s'élève à 39°, 40°.

- Le pouls s'accélère, devient filiforme.

- La respiration irrégulière.

- Le hoquet apparaît et la malade meurt dans le coma.

Dans ces cas, il s'agit :

- Ou bien d'une occlusion vraie : l'opération n'a pas levé tout l'étranglement.

— Ou bien d'un iléus paralytique, qui persiste malgré l'acte opératoire.

La première éventualité s'est présentée deux fois.

Dans le cas de Max Jordan, l'occlusion relevait de causes multiples. L'intervention porta primitivement sur une hernie qu'on croyait étranglée et qu'on rendait responsable des accidents occlusifs. Devant l'erreur, on pratiqua alors une laparotomie latérale en agrandissant l'incision, celle-ci ne donna pas un jour suffisant sur les lésions, et l'autopsie fit découvrir des obstacles insoupçonnés, qu'une intervention plus large eut certainement supprimés.

Dans le cas de Notta, la laparotomie médiane permit de constater et de lever un étranglement d'anses grêles, qui s'étaient engagées dans une ouverture de la paroi du kyste fœtal. On fit une résection partielle de la poche et on laissa les parties de celle-ci intimement adhérentes à l'intestin.

La mort survint le deuxième jour. A l'autopsie : étranglement des anses adhérentes à la partie du sac laissé en place. *L'opération n'avait donc pas levé tout l'étranglement.*

Dans le cas de Vianna l'intervention supprima l'obstacle, constitué par le sac tubaire comprimant le sygmoïde d'une part et la torsion d'une anse grêle autour de l'épiploon, d'autre part. Or, contrairement aux prévisions, l'occlusion se maintint pendant cinq jours, avec persistance des mouvements péristaltiques, des douleurs paroxysmiques. Le cinquième jour, on créa un anus contre nature, qui amena d'abord une amélioration progressive, puis le dixième jour

une émission de gaz et de matières, ce qui entraîna la guérison. La mort survint le vingt-et-unième jour par bronchopneumonie grippale intercurrente.

Peut-être faut-il invoquer dans ce cas la formation de coudures que l'intestin paralysé ne peut supprimer.

La présence de mouvements péristaltiques est expliquée soit par une paralysie segmentaire; les anses saines pouvant lutter contre les anses inertes, coudées, formant obstacle; soit par l'existence de spasme.

L'iléus paralytique dû à une hémorragie interne peut persister après l'opération. L'observation de Ruttherford Morison nous en donne un bel exemple :

Une malade fut opérée le troisième jour d'une inondation péritonéale avec paralysie intestinale.

La thérapeutique mise en œuvre pour faire fonctionner l'intestin fut inutile, la malade mourut trois jours après l'intervention. L'autopsie montra seulement un intestin distendu et anémique.

L'occlusion post-opératoire par persistance de l'inertie intestinale peut être expliquée :

— Soit par la présence de sang résiduel laissé par une évacuation incomplète, qui entretient le péritonisme.

— Soit par formation de coudures contre lesquelles l'intestin entièrement paralysé ne peut lutter.

— Soit par le retard apporté à l'intervention (troisième jour des accidents). La paralysie est alors devenue totale et la musculature forcée de l'intestin trop longtemps distendu ne peut reprendre sa tonacité.

Ici, le pronostic est très grave, presque absolument fatal. L'anus iliaque est souvent inefficace, il vaut mieux recou-

rir aux excitants de la musculature intestinale (sérum salé hypertonique, prostigmine, lavement électrique, surtout.

B. — L'occlusion réapparaît après un intervalle d'amélioration assez court, le deuxième jour en général.

— Le ballonnement et la constipation surviennent de nouveau mais en général tout rentre dans l'ordre sans qu'on ait besoin de réintervenir.

L'occlusion est due :

— Soit, à la suppuration légère entretenue par un drainage (Blum).

— Soit, lorsqu'on n'a pas drainé, à la présence de caillots sanguins laissés au contact de la séreuse (Desgouttes).

Le pronostic est bon, les accidents durent peu (vingt-quatre heures au plus) et la guérison survient spontanément.

C. — L'occlusion apparaît tardivement, après un intervalle d'amélioration assez long.

« Plus on s'éloigne du jour opératoire, plus on a de chances pour qu'il s'agisse d'occlusion vraie » (Celos).

L'observation de Carle nous démontre la vérité de cette constatation. L'auteur rapporte un cas d'occlusion survenant douze jours après une intervention pratiquée par voie vaginale.

Il s'agissait d'une hématocele infectée, à la suite d'un curettage intempestif; elle fut évacuée par colpotomie. Le fond de la cavité donnait l'impression d'être constitué par des anses agglutinées. Les phénomènes s'amendèrent et tout semblait annoncer la guérison, quand, le douzième

jour, survint une constipation opiniâtre durant quatre jours. Le ventre se ballonna progressivement et devint douloureux, des coliques de plus en plus intenses et des vomissements survinrent.

La laparotomie faite pour pallier à ces accidents permit de constater : *l'adhérence des anses grêles à ce qui restait de la poche hémato-célique*. Elles furent impossibles à dégager et se déchirant au cours des tentatives de libération, obligèrent à une résection. La mort survint le lendemain.

En résumé

L'occlusion post-opératoire peut être vraie ou paralytique.

VRAIE. — *Elle est due à la persistance d'un obstacle non supprimé par une intervention trop limitée.*

(Voie vaginale ou laparotomie latérale ne permettant pas d'apprécier toute l'étendue des lésions. Max Jordan, Carle, Notta).

Elle peut persister après l'intervention ou survenir très tardivement (deuxième jour).

La réintervention par voie haute et laparotomie médiane faite le plus tôt possible, est seule capable de faire céder cette occlusion vraie, dont le pronostic est grave (100 0/0 de mort dans nos cas).

PARALYTIQUE. *Elle peut persister après l'opération.*

Le pronostic en est grave. La paralysie est totale et traduit un épuisement de l'intestin forcé.

Elle peut réapparaître précocement (deuxième jour) et elle est due :

— Soit au suintement du drainage.

— Soit à la présence de sang résiduel.

Le pronostic est bénin; les deux cas que nous rapportons ont été suivis de guérison, sans qu'il ait été nécessaire de réintervenir.

OCCLUSION POST-OPERATOIRE

Tableau IV.

NOMS	DATES	Forme de GROSSESSE extra-utérine	OCCLUSION pour laquelle on est intervenu	OCCLUSION post-opératoire	CAUSE	TRAITEMENT	TERMINAISON
Max JORDAN	1896	Hématocèle récente	OCCLUSION MECANIQUE due à l'étranglement de l'intestin par un appendice épiploïque.	MECANIQUE persiste après l'intervention.	Agglomération d'anses, obstruction d'une anse adhérente en deux points. Sténoses multiples du grêle, que l'intervention n'avait pas supprimées.	Médical	Mort le lendemain de l'intervention.
NOTTA	1883	Kyste fœtal	OCCLUSION MECANIQUE due à l'étranglement de l'intestin par un orifice de la paroi kystique.	MECANIQUE persiste après l'intervention.	Etranglement par fausses-membranes que l'opération n'avait pas levé.	Médical	Mort deux jours après l'intervention.
VIANNA	1922	Grossesse prolongée 11 mois	OCCLUSION MECANIQUE due à la compression du colon sigmoïde par le sac tubaire. Torsion d'une anse autour d'une bride épiploïque.	PSEUDO-OCCLUSION apparaissant aussitôt après l'intervention.	Paralysie intestinale.	Anus iliaque	Guérison de l'occlusion. Mort par broncho-pneumonie grippale le 21 ^e jour.
RUTHERFORD MORISON	1903	Rupture tubaire Inondation péritonale	OCCLUSION PARALYTIQUE	PSEUDO-OCCLUSION persistant après l'intervention.	Paralysie intestinale.	Médical	Mort le 3 ^e jour
DESGOUTTES	1911	Grossesse abdominale hématocèle récente	OCCLUSION PARALYTIQUE	PSEUDO-OCCLUSION survenant le 2 ^e jour.	Paralysie intestinale	Médical	Guérison
BLUM	1902	Inondation péritonale sans rupture ni avortement tubaire	OCCLUSION PARALYTIQUE	PSEUDO-OCCLUSION survenant le 2 ^e jour.	Paralysie intestinale par suppuration légère au niveau du Mickulicz.	Médical	Guérison
CARLE	1899	Hématocèle enkystée et infectée	OCCLUSION MECANIQUE par agglutination d'anses	MECANIQUE apparaissant le 12 ^e jour.	Adhérence multiples des anses grêles à ce qui reste de la poche hématocélique.	Laparotomie tentative de libération des anses. Déchirure intestinale, résection.	Mort le lendemain de l'intervention

PRONOSTIC

Nous avons, dès le début de cette étude, insisté sur la gravité du pronostic de toutes ces formes.

L'occlusion intestinale et la grossesse extra-utérine, prises isolément, sont des affections graves. Leur association accroît considérablement la sévérité de leur pronostic respectif.

Sur soixante-et-onze cas, on a observé vingt-huit cas de mort, soit un pourcentage de 40 0/0. Il est difficile de conclure sur ce chiffre.

En effet, nos observations s'étendent sur soixante-huit années : trente-trois d'entre elles sont antérieures à 1900 et dix fois la mort est survenue faute d'intervention.

C'est pourquoi il nous a paru rationnel de tenir compte de la date de nos observations et d'établir ainsi le pourcentage de la mortalité.

— *Avant 1900*, 33 cas : 19 morts = 57,5 0/0.

— *De 1900 à 1915*, 13 cas : 5 morts = soit 38,5 0/0.

La mortalité baisse de 19 0/0.

— *Depuis 1915*, 25 cas : 4 morts = soit 16 0/0.

La mortalité baisse de 22 0/0.

Il est à souhaiter que cette régression continue.

De multiples facteurs interviennent pour modifier la sévérité du pronostic.

— *Avant tout, l'absence de traitement chirurgical.*

Sur quinze cas, où seul le traitement médical a été mis en œuvre, la mort est survenue dix fois. Il s'agissait d'iléus mécanique.

Les cinq cas de guérison étaient des iléus paralytiques.

— *La forme pathogénique de l'occlusion influe donc sur le pronostic.*

— *La précocité de l'acte opératoire*, lorsqu'on a recours à lui, est un des facteurs les plus importants. Beaucoup de laparotomies n'ont pas été curatrices, parce que faites *in extremis*.

Il faut opérer et opérer le plus tôt possible, surtout lorsque le diagnostic est hésitant. L'intérêt de ces formes est dominé uniquement par le diagnostic d'intervention d'urgence.

— On doit tenir compte également de la *nature de l'intervention pratiquée*.

La laparotomie est incontestablement l'opération qui donne les meilleurs résultats.

La colpotomie n'est guère encourageante (50 0/0 d'échecs); l'anus iliaque, seul, est impuissant à amener la guérison; à moins de circonstances cliniques tout à fait extraordinaires et rencontrées exceptionnellement (Observations de Bouzol et de Benham).

— *La grossesse extra-utérine en cause* est également à considérer. Il est évident que :

— La présence d'une hémorragie interne abondante.

— L'infection d'une hématoecèle ou d'un kyste fœtal, avec possibilité de péritonite généralisée, sont des facteurs de gravité incontestable.

— *La forme évolutive de l'occlusion* peut aussi modifier le pronostic.

Les formes aiguës sont en général les plus graves.

Les formes progressives, dues à la compression du gros intestin par un sac foetal, et certaines formes à poussées successives liées aux crises de fissuration tubaire et relevant de paralysie intestinale, sont relativement beaucoup moins sévères, surtout si l'on intervient précocement.

— Enfin, on devra tenir compte *du siège, de la nature et de la multiplicité des obstacles*.

Les occlusions du grêle sont plus redoutables que celles du gros intestin.

Les étranglements plus sévères que les compressions.

L'intervention est plus difficile et plus grave, si l'on se trouve en présence d'adhérences et de sténoses multiples, qu'en face d'un obstacle unique.

Le pronostic reste extrêmement grave, puisqu'à l'heure actuelle on observe encore une mortalité de 16 0/0.

Il est lié, avant tout, à la précocité du traitement chirurgical, seul susceptible d'entraîner la guérison complète.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Rapporter à leur véritable cause des signes évidents d'occlusion intestinale, tel est le problème.

Nous n'insisterons pas sur :

- L'arrêt des matières et des gaz;
- Les vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, enfin fécaloïdes;
- Le météorisme abdominal important.

Ils suffisent à affirmer l'occlusion.

La difficulté est de reconnaître au milieu de ce tableau les signes de grossesse extra-utérine, masqués bien souvent.

Ce diagnostic positif s'appuiera sur la recherche des antécédents d'une part, et l'examen clinique d'autre part.

L'anamnèse est la première étape du diagnostic, souvent la plus importante, parfois la seule, car dans bien des cas l'exploration clinique, considérablement gênée par la distension gazeuse intestinale, ne donne que de faibles renseignements.

L'interrogatoire doit s'efforcer de mettre en évidence des signes de grossesse anormale.

Trois d'entre eux ont une importance capitale :

— *Le retard de règles* très fréquent, que nous avons rencontré dans 73 0/0 des cas;

— *Les crises douloureuses* pelviennes avec lypothimie et syncope, plus fréquentes encore : 86 0/0 des cas;

— *Les pertes sanguines* noirâtres ou rosées, qui surviennent *irrégulièrement* et en *dehors des règles* et qui accompagnent très souvent les douleurs (50 0/0 des cas).

— *L'expulsion des débris de caduque* est beaucoup plus rare (Carle).

Parfois, on retrouve dans les antécédents *le syndrome de rupture tubaire* précédant, de plus ou moins loin, l'apparition des phénomènes occlusifs. Enfin, dans les cas de grossesses avancées les malades peuvent accuser *la perception des mouvements actifs du fœtus*. Le diagnostic, orienté par l'amanèse, est confirmé par *l'examen clinique*, qui mettra en évidence :

— *L'anémie* que traduisent la pâleur du faciès, la petitesse et la rapidité du pouls ;

— *Les signes d'hématocèle*, appréciables surtout par le toucher vaginal, qui décèlera une hyperesthésie du Douglas, sans modifications de sa forme ; •

— *La tumeur extra-utérine*, masse douloureuse occupant un cul-de-sac et paraissant indépendante de l'utérus :

— *Un gros kyste rénitent* emplissant le pelvis ;

— *Les modifications du col*, (le ramollissement en dehors de tout autre signe, permet de faire le diagnostic exact dans le cas d'Aguinet).

Les modifications des seins.

— hypertrophie,

— pigmentation aréolaire.

Dans trois de nos cas, nous avons observé *la teinte ecchymotique de l'ombilic*.

Dans deux cas, il y avait une hernie ombilicale con-

committante, dans le dernier cas, il existait une déhiscence des muscles droits à ce niveau, reliquat d'une laparotomie récente et ce signe fit faire le diagnostic exact.

Mondor, insiste sur *la ponction du Douglas*, méthode facile, qui « quand le doute existe et quand la situation « exige une décision rapide, donne en une seconde et à peu « près infailliblement, le bon diagnostic » .

Dans le cas où les antécédents sont muets et où l'examen clinique renseigne mal, peut-on avoir recours au laboratoire ?

1° On ne peut guère compter sur la réaction d'Ascheim-Zondeck qui demande un laps de temps trop long pour être utilisable dans les formes aiguës ;

2° L'examen de sang mettra en évidence une anémie discrète et non décevable cliniquement et une leucocytose élevée (11.300 leucocytes cas de Walton Martin).

3° L'épreuve hypophysaire destinée à renseigner sur l'origine des pertes sanguines, fut utile dans le cas de Lazarevic, où elle permit, avec l'aide de la radiographie, de faire le diagnostic exact.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

On aura recours à la radiologie comme moyen d'investigation supplémentaire, pour étayer un diagnostic hésitant :

1° Lorsque l'état général le permet, c'est-à-dire en dehors des signes d'hémorragie;

2° Lorsque l'intervention n'a pas d'urgence absolue et lorsque l'examen sous l'écran ne doit pas entraîner une perte de temps et un déplacement préjudiciable aux malades.

On l'emploiera donc dans les formes d'occlusion progressive et chronique;

3° Lorsque, soupçonnant une grossesse, on a des chances de voir le squelette fœtal, c'est-à-dire à partir du quatrième mois.

A. — *La radiographie.*

Le météorisme abdominal ne peut apporter aucune gêne à l'examen, car il augmente la transparence.

La radiographie peut déjà donner d'utiles renseignements en indiquant :

— La situation très latéralisée du fœtus.

— L'attitude étalée et asymétrique de ses membres, « ces faits étant en faveur d'une grossesse abdominale, car « le fœtus utérin ne peut se déplier de cette manière dans « la cavité abdominale (Bouchacourt) ».

Ceci n'a rien d'absolu; en effet, le fœtus peut être pelotonné dans un kyste et étalé dans un utérus. Dans le cas d'Ættinger le lithopédion, libre dans l'abdomen avait pris l'attitude du fœtus dans la cavité utérine, les membres repliés sur lui-même, la tête fléchie; d'autre part, le kyste peut occuper une situation exactement médiane (Giles).

Pour Metzger : « Il serait imprudent de se baser sur une image radiographique, pour savoir si le fœtus est ou non dans l'utérus. »

En outre, il y a des causes d'erreur dont il faut tenir compte.

L'utérus peut être dévié latéralement, bifide,
le squelette fœtal peut être décalcifié,
les clichés, même excellents, sont parfois difficiles à bien interpréter.

B. — *L'hystero-salpingographie.*

N'intervenant que pour savoir si la gestation est utérine ou extra-utérine, n'y a-t-il pas d'inconvénient à la pratiquer, quand on soupçonne la grossesse.

Pour la grande majorité des auteurs, il faut s'abstenir. Pour d'autres la méthode est sans danger.

Carlos Henser (de Buenos-Aires), a utilisé le lipiodol pour la première fois; il n'a jamais observé d'avortement et préconise ce procédé pour le diagnostic précoce de la grossesse.

Dyroff Uslenghi et Martinez ont employé cette méthode chez des tuberculeuses justiciables d'un avortement thérapeutique, sans jamais y parvenir.

Si l'on a recours à ce moyen, la plus extrême prudence doit être rigoureusement observée au cours de l'examen;

Dans les cas positifs, la radiographie montre l'image d'une trompe, dont la lumière est obstruée, en même temps qu'une perméabilité de l'autre trompe.

Pour Dyroff, l'atonie du muscle utérin, sans rétention utérine, serait pathognomonique de la grossesse tubaire.

C. — *Diagnostic radiologique de l'occlusion.*

1° *L'examen du grêle* ne peut être pratiqué qu'en utilisant la voie haute, ce qui nécessite deux conditions difficiles à réaliser dans les cas qui nous occupent :

— La possibilité d'ingestion;

— La possibilité d'attendre un temps suffisant pour que le repas opaque puisse tapisser la totalité du grêle.

Or, il s'agit, le plus souvent, de malades ayant des vomissements fréquents, parfois une véritable intolérance gastrique, rendant impossible l'administration des aliments, à plus forte raison l'ingestion de baryte en quantité relativement considérable (un demi litre environ).

Ainsi, dans les meilleures conditions possibles, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'occlusion progressive évoluant pendant plusieurs jours, ou de formes chroniques dans lesquelles on intervient en dehors des poussées aiguës il faut attendre de 2 à 20 heures pour pouvoir saisir l'image révélatrice; ceci suppose en outre la possibilité d'examiner à tout moment la malade pour apprécier la vitesse de la progression du liquide opaque et la modification des images.

Dans les formes aiguës ce temps d'attente risque de faire perdre un temps précieux. Il semble que devant les

dangers courus par la malade, la réponse hypothétique de l'examen ne doit pas être attendue.

D'autre part, aucune vacuité du grêle ne peut être obtenue par lavement ni pas purgation et l'on se trouve dans des conditions d'examen défavorables.

2° *L'examen du gros intestin* est beaucoup plus facile. La seule méthode d'exploration utilisable étant le lavement opaque.

— Dans les cas de compression, colique ou rectale on obtient un arrêt de la baryte au niveau de l'obstacle avec possibilité d'image de défilé s'il y a encore un certain degré de perméabilité (signes radiologiques identiques à ceux des compressions par tumeurs).

— Une place doit être réservée aux rétrécissements du rectum.

Il existe en effet un procédé d'exploration radiologique particulier pour cette région.

C'est l'injection au moyen d'une seringue d'une pâte opaque ou mieux de lipiodol, qui pénètre encore plus facilement.

Ce procédé situe exactement l'obstacle, donne une image extrêmement nette du défilé dont les contours sont mieux délimités.

En résumé

Les résultats obtenus sont surtout probants :

1° Dans les cas d'occlusion par obstacle portant sur le gros intestin (compression du colon ou du rectum, étranglement ou constriction du rectum);

2° Dans les grossesses avancées.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous nous sommes efforcés d'exposer, le plus clairement possible, ce chapitre rendu confus par la multiplicité même des cas observés.

1° DIAGNOSTIC DES FORMES AIGUES

Les formes occlusives des grossesses extra-utérines peuvent simuler tous les syndromes abdominaux aigus.

Il serait *impossible* et d'ailleurs inintéressant de les décrire tous. Nous nous limiterons donc aux syndromes aigus spontanés de l'abdomen inférieur, en insistant surtout sur les erreurs classiques, rencontrées le plus fréquemment dans nos observations.

A. — La grossesse est méconnue.

1° — *Les phénomènes occlusifs se surajoutent à des signes d'hémorragie interne.*

On ne discute plus aujourd'hui la prédominance de la grossesse extra-utérine sur les autres causes d'hémorragie. Cependant, il existe (en dehors de toute gestation ectopique) des hémorragies d'origine génitale, susceptibles de déclancher la paralysie de l'intestin.

Ces affections dont le diagnostic est une trouvaille

d'intervention sont très rares ; nous ne les citerons que pour être complet, sans nous y attarder.

Les hémorragies du corps jaune,

Les ruptures d'un kyste ou d'un hématome folliculaire simulent assez bien la rupture d'une grossesse tubaire et peuvent provoquer une *hématocèle abondante*.

Nous insisterons surtout sur un syndrome abdominal qui peut s'accompagner, à la fois, d'hémorragie et d'occlusion :

La torsion des trompes.

Elle peut revêtir une forme hémorragique avec inondation péritonéale et hématocèle rétro-utérine.

D'autre part, l'arrêt des matières et des gaz, qui, à un moindre degré, accompagne presque toujours le syndrome, peut prendre une telle prépondérance qu'il crée un type occlusif, surtout dans les torsions des trompes infectées.

On conçoit donc que, lorsque les signes de grossesse font défaut, l'erreur puisse être facilement commise.

Même début brutal, avec douleur pelvienne, vomissements, métrorragie, rétention d'urine, ballonnement et hyperesthésie de l'abdomen.

Cependant, au milieu de ce syndrome de torsion, qui peut simuler à s'y méprendre la rupture de la trompe, quelques signes, sur lesquels insiste Regad, peuvent orienter vers le diagnostic exact.

La douleur brutale du début s'accompagne d'agitation et d'angoisse, qui font défaut dans les ruptures tubaires.

Elle apparaît au voisinage ou pendant les règles.

La masse latéro-utérine est de consistance irréguli-

lière, *mobile* (condition *sine qua non* de la torsion) et *extrêmement douloureuse*, beaucoup plus qu'une trompe gravide rompue, ou qu'un kyste de l'ovaire tordu.

Mais les trompes gravides peuvent se tordre, nous avons insisté sur cette torsion dans le mécanisme de l'occlusion (Popper, Charbonnel et Favreau).

D'autre part, on peut trouver, chez une même malade, la coexistence de la rupture d'une trompe et d'un volvulus de l'autre trompe (Baudron).

Dans ces cas, il est difficile de faire la part de ce qui revient à chacun des deux syndromes et le diagnostic ne peut être fait qu'à l'intervention. Souvent même celle-ci ne lèvera pas les doutes, et il faudra le secours de l'examen histologique pour trancher la question.

Nous rapportons ici une belle observation de Paucot et Meurisse d'un cas simulant une grossesse extra-utérine et où il s'agit de torsion tubaire.

Paucot et Meurisse.

Femme de quarante-huit ans, quatre grossesses normales de 1900 à 1911.

En 1914, une rétention de fœtus mort au cinquième mois de la gestation, durant depuis deux mois, se termina par une très grave hémorragie de la délivrance.

Elle présenta ensuite des troubles urinaires d'origine colibacillaire.

En 1923, nouvelle grossesse à terme.

En 1924, des accidents hémorragiques après un avortement spontané nécessitant un curetage.

En 1926, la malade présente par deux fois des hémorragies abondantes.

Le 3 mars 1928, la malade perd, de façon continue, du sang de couleur foncée, depuis trois semaines.

Le faciès est pâle, le pouls rapide.

Pas de selles depuis quatre jours, mais le ventre est souple, non ballonné.

Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre sans les situer plus à droite qu'à gauche.

Les injections chaudes, le Ca Cl₂, l'hémostyl n'ont pas modifié l'écoulement du sang et les injections d'ergotine semblent plutôt l'accroître.

Le 5 mars, l'état général s'est aggravé.

L'hémorragie continue lente et régulière, le pouls est petit, le ventre ballonné et météorisé, il n'y a plus d'émission de gaz depuis 2 jours. Les vomissements apparus depuis la veille sont bilieux, les douleurs beaucoup plus vives, comparées aux douleurs d'accouchement.

Au toucher : col dur, scléreux, fermé. Corps utérin assez gros culs-de-sac libre et non sensibles.

Laparotomie : Intestin rouge, distendu.

La trompe gauche violacée, noirâtre, est tordue, mais les franges du pavillon sont libres. L'ovaire du même côté est gros avec un kyste séreux et un autre hémorragique du volume d'une grosse noisette.

L'ovaire droit, atrophique est dur, blanchâtre, sclérosé. La trompe est normale.

Hystérectomie subtotal, facile, malgré une hémostase délicate. Légère parésie intestinale durant quelques jours.

Suites simples.

La torsion des kystes de l'ovaire.

(Leur complication la plus fréquente) donne elle aussi cette association de signes d'hémorragies interne, de réaction péritonéale et d'occlusion, qui réalise un tableau clinique à peu près semblable à celui qui nous intéresse.

On ne peut pas compter sur l'arrêt des règles, lesquelles peuvent être supprimées en cas de kyste, mais le signe capital réside dans les caractères de la tumeur. Celle-ci est plus abdominale que pelvienne, elle augmente rapidement de volume, en même temps qu'elle perd sa mobilité et qu'elle devient très douloureuse.

La torsion des fibromes utérins pédiculés est rare, elle ne diffère d'ailleurs en rien des autres torsions : violentes douleurs abdominales ;

Vomissements ;

Ballonnement ;

Tendance syncopale.

On en décrit des formes hémorragiques ou des formes pseudo-occlusives, suivant que prédominent les lipothymies, ou le ballonnement.

2° *Les signes d'hémorragie sont peu marqués et les phénomènes occlusifs sont rapportés à une péritonite.*

C'est l'erreur classique habituelle, nous l'avons rencontrée sept fois au cours de nos observations.

— *Avant tout, péritonite d'origine annexielle* (diagnostic fait dans cinq cas).

La salpingite n'est pas simulée par le syndrome de rupture tubaire, ce sont les crises douloureuses de fissuration de la trompe, qui en imposent pour des poussées d'annexite.

Car il est fréquent dans ces cas :

— *D'observer de la fièvre*, mais elle n'est pas oscillante et est moins élevée que dans la salpingite, dépassant rarement 38°.

Cependant dans un cas elle atteint 38° 5 (Descomps).

— *Dé rencontrer des antécédents gonococciques* (2 fois sur 5) sur lesquels on insiste d'ailleurs avec juste raison dans l'étiologie de la grossesse ectopique.

— *De constater un empatement diffus dans un cul-de-sac.*

Lorsque le retard de règles manque et que les signes de grossesse font défaut, il faut attacher beaucoup d'importance :

Aux pertes sanguines, noirâtres ou rosées, qui accompagnent les crises de douleurs pelviennes.

Elles existaient dans quatre de nos cas et auraient pu, si l'on y avait pris garde, orienter le diagnostic vers la cause exacte.

L'examen de sang est important; il peut déceler une anémie discrète et latente, non appréciable cliniquement.

La formule leucocytaire (leucocytose plus élevée dans la salpingite que dans la grossesse ectopique) a moins d'intérêt, car dans certains cas le résultat est paradoxal.

La salpingite, cependant, peut parfois donner le tableau dramatique d'une rupture tubaire dans le cas de *rupture de pyosalpinx*.

La douleur brutale du début,
les vomissements,
le météorisme,

l'arrêt des matières et des gaz,
la présence d'une masse fluctuante dans le Douglas,
l'évolution rapidement très grave, appartiennent aux
deux affections.

Mais, les signes de péritonite sont plus marqués :

Faciès péritonéal;

Fièvre très élevée,

et il n'y a en général pas de symptômes d'anémie,
pas de syncopes,
pas de pertes sanguines.

— *Les péritonites d'origine appendiculaire* constituent
une autre erreur de diagnostic non moins classique (Dia-
gnostic fait dans trois cas).

La grossesse extra-utérine peut simuler *l'appendicite*,
elle donne lieu à une forme pseudo-appendiculaire, sur la-
quelle on a beaucoup insisté depuis plusieurs années et où
le syndrome occlusif est souvent très marqué.

Les observations de Bonnet et de Lieutaud (thèse de
Rivierez) que nous rapportons ici, sont très démonstratives
à cet égard.

Le début est brusque et la douleur abdominale, *d'abord
généralisée*, se localise ensuite à la fosse iliaque droite.

Il y a des vomissements,

Une fièvre souvent élevée (38° 5).

et une contracture surtout marquée à droite.

Dans ces cas, pas de tendance syncopale, aucune perte
de sang.

L'examen vaginal :

peut ne rien révéler qu'une douleur diffuse des culs-de-sac.

Mais s'il décèle la présence d'une masse latéro-utérine, on pense tout naturellement à l'*appendicite pelvienne*, l'abcès pelvien étant le point de départ des accidents d'occlusion.

C'est surtout cette dernière affection qui est responsable des erreurs de diagnostic entre appendicite et grossesse ectopique.

Elle simule assez bien :

— soit les formes batardes de fissuration tubaire, *auxquelles on ne songe pas assez* et dans lesquelles l'hémorragie peu importante se fait par poussées fébriles.

— soit l'hématocèle infectée.

Les tableaux cliniques de ces deux affections sont souvent trop semblables pour qu'on puisse ne pas commettre d'erreur, il faudra cependant attacher beaucoup d'importance :

— A un retard de règles, même minime (il faisait d'ailleurs défaut dans nos deux cas).

— Aux signes d'anémie (quis existaient chez nos deux malades).

Ces symptômes sont suffisamment importants pour baser uniquement sur eux, l'exactitude du diagnostic.

Nous rapportons la très curieuse observation de Silhol, dans laquelle une appendicite simule en tous points une gestation ectopique.

APPENDICITE PRESENTANT LES SIGNES DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

SILHOL

Résumé.

Le 24 octobre, on me présente une malade non réglée depuis juillet et qui souffre de violentes douleurs abdominales.

Antécédents. Il y a trois semaines : douleurs au niveau des reins et du bas-ventre, nausées, vomissements, pertes de sang clair.

On porte le diagnostic de grossesse de trois mois et demi avec menace d'avortement.

Cataplasmes chauds, lavements laudanisés. Les douleurs se calment momentanément.

Depuis deux jours, reprise de douleurs très violentes dans des reins et le bas-ventre. Pas de pertes.

Seins gonflés, aréole pigmenté. Ecoulement de colostrum, fond utérin au voisinage de l'ombilic (dit l'observation).

Gravidité certaine.

Douleurs très vives, état syncopal, pouls petit, sueurs froides.

Température 38°.

Au palper, je suis surpris de ne trouver nulle part le fond utérin.

Toucher douloureux, utérus petit dont on ne sent pas le fond à cause de la sensibilité extrême de la malade.

Douglas douloureux. On y sent des nodosités à orientation transversale parfaitement mobiles.

Fortes présomptions en faveur de grossesse extra-utérine en train d'avorter, à cause des signes nets de travail.

Laparatomie. Utérus et annexes parfaitement sains. Utérus petit, infantile. Aucune lésion du petit bassin, mais appendicite. Appendice long, vascularisé, plongeant dans le petit bassin, en rapport avec les annexes prolabées et le Douglas.

(C'est tout ceci qui avait donné l'illusion de petites parties fœtales).

Adhérences appendiculaires molles facilement réséquables.

Guérison.

Disparition des douleurs.

Réapparition des règles pendant la convalescence.

En résumé, cette femme a eu des phénomènes de congestion génitale, avec arrêt des règles pendant trois mois, sans rien d'autre qu'une inflammation de l'appendice ectopié.

Il paraît admissible que l'appendice enflammé au contact des annexes ait pu provoquer ces phénomènes.

Antérieurement, il y a deux mois, crise plus légère avec douleurs au niveau de l'ombilic irradiant dans les reins et dans tout le ventre avec suspension des règles.

Il nous reste à signaler, sans y insister, d'autres affections beaucoup plus rares, dont le diagnostic est souvent une trouvaille d'intervention.

— *La pancréatite hémorragique.*

dont « le tableau clinique tient à la fois de la péritonite

et de l'occlusion » (Leriche et Arnaud) donne lieu à des formes pseudo-occlusives, mais elles font penser plus souvent à un iléus par étranglement interne, qu'à une inondation péritonéale.

Cependant, la douleur du début est parfois si vive qu'elle s'accompagne de syncope; mais elle demeure plus violente que celle de l'hématocèle et surtout elle est beaucoup plus haute, localisée à l'épigastre. Mais on connaît des cas où la grossesse tubaire donne, au moment de sa rupture, une douleur élevée, épigastrique, voire même scapulaire, qui peut faire songer, par son siège, à une colique hépatique.

Le faciès de ces malades ne présente aucune pâleur, mais au contraire une cyanose qui peut envahir également la paroi abdominale et les extrémités (signe de Halstead).

Il y a des antécédents lithiasiques dans plus de la moitié des cas.

— *La thrombose des vaisseaux mésentériques.*

Donne : « les signes fonctionnels d'une occlusion;
« les signes généraux d'une hémorragie interne avec collapsus précoce;
... « les signes physiques d'une tuméfaction;
« pâteuse et mate. » (Mondor).

C'est plus vers l'occlusion intestinale que vers la grossesse extra-utérine qu'elle attire l'attention.

Enfin, lorsque la rupture tubaire entraîne une douleur à localisation atypique, elle simule certaines affections médicales :

— Colique hépatique, colique néphrétique, lesquelles peuvent d'ailleurs s'accompagner d'iléus réflexe.

Dans le cas de Jessett, ne fit-on pas le diagnostic de pleurésie diaphragmatique.

3° *Les phénomènes occlusifs sont isolés.*

C'est le tableau de l'occlusion aigue mécanique qui domine la scène :

— Les vomissements fécaloïdes ;

— L'arrêt absolu des matières et des gaz ;

— Les contractions péristaltiques résument toute la symptomatologie et masquent les signes de la grossesse extra-utérine en cause.

C'est dans ces cas qu'on a porté le diagnostic de : volvulus du grêle ou du colon pelvien (Cattell, Desgouttes), d'étranglement intestinal par brides, par adhérences ;

D'invagination (Cattell) ;

De hernie interne.

L'allure aigue des accidents ne permet d'ailleurs pas de s'attacher à parfaire un diagnostic en essayant de situer l'obstacle sur le colon ou sur le grêle, ou en séparant une occlusion vraie d'un iléus paralytique, ce qui, d'ailleurs, n'a pas d'intérêt. Celui-ci réside moins dans la finesse d'un diagnostic, que dans l'indication absolue d'une intervention d'urgence.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic de hernie étranglée, étudié dans la forme avec faux étranglement herniaire. Les cas sont rarissimes et l'erreur inévitable n'a que peu d'importance, puisque la laparotomie suit de près la kélotomie initiale.

B. — La Grossesse est reconnue (44 0/0 des cas).

L'occlusion intestinale en rapport avec la grossesse utérine est un fait assez rare.

Elle peut être de cause directement gravidique ;

Ou de cause indirectement gravidique.

Ce dernier chapitre nous retiendra peu. Il renferme toutes les affections qui entraînent l'occlusion intestinale, en dehors de l'état de gravidité, mais que celui-ci favorise du fait de l'ascension de l'utérus et de ses annexes et du déplacement des organes voisins.

Le *volvulus du colon iléo pelvien* est parfois observé au cours de la grossesse.

La torsion des trompes ou des kystes de l'ovaire ;

L'appendicite ;

La salpingite

déjà étudiées, peuvent devenir l'origine d'accidents occlusifs pendant la gestation.

Nous rapportons ici les observations de Razemon et de Haim et Lederer, qui prouvent à quel point l'occlusion survenant au cours de l'état de gravidité, peut être difficilement rattachée à sa véritable cause.

TORSION D'UN HYDROSALPINX ET DE L'OVAIRE au troisième mois de la Grossesse

RAZEMON

Femme, 23 ans, primipare, sans antécédents.

Enceinte de 3 mois, ressentit une douleur brusque

« en coup de poignard » dans le flanc droit, avec vomissements aqueux et verdâtres.

La crise aigue se calma, mais il persista pendant cinq jours une douleur sourde dans la partie droite de l'hypogastre.

Pendant cinq jours, arrêt des selles et des gaz.....

Pas de pertes. Mictions normales.

... *Palpation* : Défense de la paroi, surtout dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. Une zone douloureuse au-dessous du point de Mac Burney.

Toucher : Dans le cul-de-sac droit, une masse dure, douloureuse, séparée de l'utérus.

Diagnostic : *Torsion d'une trompe gravide.*

Laparotomie : Utérus gravide de trois mois.

A droite et en avant de lui, une tumeur noirâtre, reconnue pour être annexielle. Elle se subdivise en deux :

Une tumeur située en avant, qui est l'ovaire, une deuxième, constituée par la trompe.

Le pédicule est tordu d'un demi-tour.

La trompe a des parois infarciées, épaissies.

L'ostium abdominale est obturé par une invagination des franges et au niveau de son extrémité externe, on voit une sorte de kyste gros comme une noix, contenant du liquide sérohématique, comme si, avant la torsion, il avait existé un petit hydrosalpinx.

Ablation. Suites simples ;

Accouchement normal.

**A PROPOS DE QUELQUES CAS DE GROSSESSES
EXTRA-UTERINES avec EPANCHEMENT SANGUIN
libre dans la grande cavité abdominale**

HAIM et LEDERER

Le cas suivant, que nous avons pu observer au début de notre pratique médicale, démontrera à quel point le diagnostic de Grossesse extra-utérine peut, malgré toutes les précautions et toute l'expérience, être difficile.

Une femme de 41 ans nous est amenée avec le diagnostic de péritonite.

Elle a eu plusieurs grossesses normales, dont la dernière, dix ans auparavant.

Depuis deux mois, arrêt des règles qui, jusque là, avaient été toujours régulières.

Le début de la maladie actuelle remonte à deux jours.

La malade a été prise brusquement de douleurs dans le bas-ventre, avec vomissements, état vertigineux.

La dernière selle a été émise le jour du début des douleurs.

Il n'y a pas eu d'écoulement de sang par le vagin.

A l'examen : température 37°4, pouls 108.

Pas de pâleur marquée du visage.

Tout l'abdomen est douloureux à la palpation, d'une façon diffuse.

Il existe un *météorisme considérable* et les anses intestinales sont fortement distendues.

On trouve de la matité dans les parties déclives, avec existence très nette de liquide libre.

L'utérus est augmenté de volume.

Rien de particulier à l'examen bi-manuel.

Bien que l'absence de pâleur, d'écoulement sanguin par le vagin, et le ballonnement abdominal extrêmement marqué, plaident contre l'existence d'une rupture de grossesse tubaire, *nous ne croyons pas cependant devoir écarter la possibilité d'un tel diagnostic.*

A l'opération, on trouve une grossesse intra-utérine au deuxième mois. Beaucoup de liquide clair dans la cavité abdominale.

Une anse grêle a pénétré dans le canal inguinal, par un petit orifice de la grosseur d'une noisette ; autour de cette anse, il s'est formé un volvulus de l'intestin, ce qui a déterminé l'occlusion.

Par conséquent, sténose de l'intestin grêle, avec grossesse normale concomitante.

Certaines complications des avortements provoqués peuvent réaliser un tableau assez comparable à celui des formes pseudo-occlusives des grossesses extra-utérines :

La pelvi péritonite annexielle déjà étudiée et surtout la *perforation utérine* qui associe souvent à des signes d'hémorragie interne, des phénomènes d'occlusion. Celle-ci n'est d'ailleurs pas toujours paralytique. Bergouignan rapporte un cas de perforation dans lequel une anse grêle s'était étranglée en pénétrant dans la déchirure utérine.

Enfin, nous avons vu faire deux fois le diagnostic de *réten tion placentaire*.

Carle, en raison des antécédents de fausse-couche

récente, prit la caduque expulsée, pour des débris placentaires et fit un curettage qui entraîna la suppuration de l'hématocèle. Celle-ci fut évacuée par le vagin. Au quatrième jour, des accidents d'occlusion survinrent, qui conduisirent à une laparotomie non curatrice. Dans le cas de Silverstone, le curettage ramena le moule décidual, qui fut pris pour le placenta.

L'étude des antécédents n'est donc pas inutile, elle permettra de rapporter à sa véritable cause une occlusion due :

A un reliquat inflammatoire pelvien ;

A une cicatrice utérine d'intervention antérieure (césarienne, salpingectomie),
qui peuvent être à l'origine, d'adhérences intestinales.

Nous insisterons davantage sur les occlusions dites *gravidiques*, où l'utérus gravide lui-même peut, par compression directe de l'intestin, créer une obstruction mécanique.

Cette compression peut se faire dans les premiers mois et être due à la *rétroversion de l'utérus gravide*.

La trompe gravide, ou un kyste fœtal, incarcerated dans le Douglas et repoussant l'utérus contre la symphyse peuvent être pris pour un utérus rétroversé. Ces erreurs ont été signalées.

L'observation de Giles et Maclean est, à cet égard, très instructive, puisque l'erreur de diagnostic entraîne deux fautes thérapeutiques. D'abord, tentative de redressement manuel de l'utérus, puis curettage évacuateur. L'utérus étant trouvé vide, le diagnostic de grossesse extra-

utérine est enfin porté, mais il est trop tard pour tenter l'intervention et la malade meurt d'occlusion.

Ces faits sont rares, car l'utérus gravide rétroversé reste exceptionnellement dans sa position vicieuse ; il se redresse de lui-même au cours des premiers mois. D'autre part, la rétroversion incarcerated donne plutôt des signes vésicaux que des troubles de compression rectale ; néanmoins, il faut les connaître pour éviter une erreur de diagnostic qui peut conduire à une intervention intempestive.

La *grossesse angulaire*, dont les signes sont si difficiles à différencier d'avec ceux de la grossesse tubaire peut, lorsque la corne gravide est très développée et prolabée dans le Douglas, entraîner des accidents de compression rectale.

Jackson en publie une belle observation.

La compression de l'intestin contre le pelvis, par la tête fœtale est rare. Keller en cite un cas, où il a fallu vider l'utérus pour débloquer l'anse sigmoïde, comprimé par la tête du fœtus.

C'est surtout dans ces cas de compression progressive par un obstacle fœtal, que la radiographie peut apporter une aide utile, en renseignant sur le siège de la grossesse.

On évitera ainsi une erreur de thérapeutique, qui peut être gravement préjudiciable aux malades.

L'*hydramnios aigu* a été signalé comme cause d'occlusion intestinale. Dans notre observation personnelle, ce fut d'abord ce diagnostic qu'on envisagea, pour le rectifier ensuite d'après les données de l'anamnèse.

Gauchery, dans sa thèse, en rapporte un cas, dans

lequel l'évacuation de l'utérus amena immédiatement la sédation des phénomènes occlusifs.

Diagnostic des Formes progressives et chroniques.

Ici, deux diagnostics sont à envisager :

- 1° *La compression par tumeur pelvienne* ;
- 2° *La suppuration d'une hématoçèle.*

Dans le premier cas, on pensera avant tout au fibrome, au kyste de l'ovaire adhérent, soit par dégénérescence, soit par hémorragie intra-kystique.

Accessoirement, au néoplasme rectal, utérin, aux tumeurs osseuses du pelvis.

Dans le deuxième cas, l'hématoçèle suppurée pourra être confondue :

Avec un abcès pelvien, d'origine appendiculaire ;

Une tuberculose annexielle ;

Un kyste de l'ovaire suppuré ;

Une pelvi péritonite subaiguë ou chronique, d'origine annexielle.

Dans tous ces cas, les antécédents, les données de la clinique et parfois la radiologie, pourront conduire au diagnostic exact de la *cause d'occlusion*.

La difficulté du diagnostic des formes occlusives des grossesses extra-utérines est extrême ; l'hésitation est légitime et l'on comprend que, bien souvent, l'intervention seule soit susceptible de lever les doutes.

Cependant, nous voudrions, en terminant cette étude, insister sur un point qui nous paraît d'une importance capitale ; c'est que loin de constituer un masque pour la

grossesse extra-utérine, l'occlusion intestinale doit, au contraire, en suggérer l'idée, lorsqu'on la voit survenir chez la femme enceinte et même en dehors de tout soupçon de gravidité.

Certains auteurs, Lantuejoul en particulier, vont jusqu'à considérer cette complication comme un signe de gestation ectopique avancée.

La connaissance de ces formes occlusives, qui sont à notre avis les plus intéressants et les plus importants de tous les aspects cliniques, que peut revêtir la grossesse extra-utérine, conduira à l'acte opératoire d'urgence, lequel reste le point capital dominant l'intérêt du diagnostic.

Et si l'on découvre en opérant, que la cause de l'occlusion est une appendicite pelvienne, un volvulus tubaire ou un pyosalpinx rompu, l'erreur est minime ; l'essentiel n'est-il pas d'intervenir ?

Et même si l'intervention est inopportune, parce qu'il s'agit d'un avortement ou d'une salpingite aigue, qu'importe, mieux vaut une laparotomie inutile, que l'abstention opératoire devant un cas chirurgical.

ERREURS DE DIAGNOSTIC RENCONTREES AU COURS DE NOS OBSERVATIONS

Sur soixante et onze cas, le diagnostic n'a été fait que dix-huit fois.

Cinq fois il n'a pas été posé ;

Quarante-huit fois il a été erroné.

Nous avons rassemblé ces erreurs dans l'énumération suivante.

Occlusions intestinales : Douze fois.

— Rapportée à :

Volvulus : Deux fois ;

Invagination : Une fois ;

Etranglement par brides : Deux fois ;

Etranglement par adhérences : Une fois ;

Obstacle colique : Deux fois ;

— De cause indéterminée : Quatre fois.

Hernie étranglée : Neuf fois.

Occlusion de la Grossesse : Huit fois.

— Rapportée à :

Rétro-version de l'utérus gravide :
Une fois ;

Hydramnios : Une fois ;

Appendicite : Une fois ;

Adhérences (reliquat d'intervention
antérieure) : Une fois ;

— De cause indéterminée : Quatre fois.

Péritonite : Huit fois.

— D'origine annexielle : Cinq fois ;

— D'origine appendiculaire : Trois fois.

Compression par Tumeurs : Sept fois.

— Diagnostiquées : fibrome trois fois.

Kyste de l'ovaire : Une fois.

— De nature indéterminée : Trois fois.

Avortement : Deux fois.

— Avec rétention placentaire ;

— Avec pelvi-péritonite.

Affection Gastrique avec Constipation : Une fois.

Môle Hydraliforme : Une fois.

TRAITEMENT

Le traitement doit être précoce, chirurgical, et se traduire exclusivement par la *laparotomie*. Celle-ci a, sur la colpotomie, l'avantage de donner un jour plus grand sur les lésions, et de permettre, d'une façon certaine, de traiter la cause de l'occlusion, quand elle est mécanique.

Dès l'incision du péritoine, le chirurgien peut être gêné par la brusque irruption des anses grêles paralysées qui envahissent le champ opératoire. La réduction en est parfois difficile. Dans un cas rapporté par Jessett, elle fut impossible, et pour l'obtenir, l'auteur dût avoir recours à une incision de la paroi intestinale.

Le mieux, dans ce cas est de maintenir les anses herniées et d'essayer de les réduire à l'aide de champs imbibés de sérum et surtout d'exiger une anesthésie profonde qui, seule, réalise un silence abdominal complet.

En présence d'accidents hémorragiques par rupture de la trompe, on se bornera à une salpingectomie unilatérale et à une évacuation très complète du sang épanché, afin d'éviter les accidents occlusifs post-opératoires immédiats ou tardifs. La présence de sang résiduel peut être à l'origine :

- D'iléus paralytique persistant ;
 - D'occlusion ultérieure par brides ou adhérences.
- Cette simple castration avec nettoyage de l'hémato-

cèle suffit à faire disparaître les signes d'occlusion paralytique, même les plus alarmants, sans qu'il soit utile d'intervenir sur l'intestin.

Au cours de l'intervention, il est fréquent d'observer une émission de gaz ; parfois même, une débâcle de matières fécales. Ce fait est dû aux manœuvres opératoires qui détruisent les coutures et permettent ainsi le rétablissement du transit intestinal.

Après examen de l'utérus et des annexes opposées, on refermera sans drainer.

Les kystes abdominaux des grossesses de moins de cinq mois seront traités comme des tumeurs et extirpés en masse, toutes les fois que cela est possible.

Dans les cas où les adhérences rendent l'extraction difficile ou impossible on aura recours après évacuation de son contenu, au drainage du sac, ou à la marsupialisation.

Dans le traitement des kystes fœtaux de plus de cinq mois, le problème se pose de savoir si le placenta doit être laissé en place, ou si l'on doit essayer d'en pratiquer l'ablation totale.

La marsupialisation présente, il est vrai, des inconvénients (suppuration trainante, éviscération consécutive), voire même des dangers (possibilité d'hémorragie ou d'infection secondaire) (observation personnelle).

Mais, que sont-ils en regard de la redoutable complication qu'entraîne l'extirpation immédiate du placenta : l'hémorragie foudroyante.

La zone d'attache placentaire est extrêmement vascularisée. La désinsertion laisse les vaisseaux béants, source d'hémorragie très grave, parce que difficile à combattre.

« Jean-Louis FAURE engage, bien qu'elle puisse être « parfois tentante à renoncer à cette opération *difficile et émouvante* (Paradis).

D'autres auteurs, au contraire, extirpent toujours le placenta en masse, sans rencontrer de danger ; le plus sage est encore de s'adapter aux circonstances, et lorsqu'elles semblent favorables, c'est-à-dire lorsque la surface placentaire a des dimensions réduites, et des contours bien limités, on peut tenter un décollement prudent.

Sinon la marsupialisation reste encore le meilleur procédé, à moins qu'elle ne soit impossible : soit parce que la situation profonde de la poche (enclavement dans le Douglas) ou la réduction de ses parois (grossesse trop jeune ou sac inexistant) empêche le rapprochement des bords du kyste et de l'incision cutanée ; dans ce cas, on aura recours au drainage par mèches ou mickulicz.

Si, au cours du décollement placentaire, se produit une hémorragie grave, il faut achever coûte que coûte la désinsertion.

On traitera simultanément les lésions intestinales.

Les anses agglutinées peuvent être difficiles à libérer, elles sont extrêmement friables ; les manœuvres opératoires doivent être prudentes, pour éviter les déchirures pariétales et les désinsertions mésentériques.

Les déchirures intestinales seront traitées par sutures ; les désinsertions par résection de l'anse et entérorraphie. rorraphie.

Les étranglements par brides ou orifices préformés, sont, en général, facilement levés.

Si l'anse occluse paraît suspecte, on aura recours à l'extériorisation.

Si elle présente des altérations prononcées (sphacèle, perforation), la résection s'imposera.

L'intervention par voie basse (élytrotonomie des anciens auteurs) est une méthode aveugle et impuissante. Elle ne permet pas d'apprécier la totalité des lésions et de traiter les altérations intestinales, quand elles existent.

D'autre part, elle offre des dangers d'infection beaucoup plus grands que la laparotomie.

Dans les cas que nous rapportons, elle a été employée quatre fois :

— *Schwartz* évacue par voie vaginale un gros kyste fœtal situé dans le Douglas et contenant deux fœtus. La mort survint le quatrième jour après l'opération.

— *Carle* intervient d'abord par voie basse pour évacuer une hématoçèle enkystée et infectée, après curetage intempestif. La colpotomie paraît assurer la sédation des phénomènes occlusifs. La réapparition de l'occlusion intestinale oblige à une laparotomie ; celle-ci montre des adhérences multiples impossible à libérer sans déchirer l'intestin. Résection intestinale. Mort.

— *Robertson* pratique une colpotomie pour un kyste fœtal de cinq mois. Impossibilité d'extraire totalement le placenta. A la fin de l'intervention, hémorragie alarmante, arrêtée par injection vaginale très chaude. Drainage, rétablissement des fonctions intestinales le lendemain de l'opération. Huit jours après, extirpation sans hémorragie du placenta restant. Deux mois plus tard, guérison complète.

— *Pratt* : Après incision du cul-de-sac postérieur extrait un fœtus de cinq mois, par version et laisse le placenta. Deux hémorragies graves. Une fistule recto-vagino-kystique. Guérison en trois semaines.

Ces deux derniers cas, bien que favorables, ne doivent pas être un argument en faveur de la voie basse.

L'*anus iliaque* n'est qu'un palliatif auquel on ne saurait s'attarder avant la laparotomie quī, seule, est susceptible de lever l'obstacle.

Dans le cas de Boppe et Rouffart, l'entérostomie seule fût pratiquée et fût impuissante à amener la guérison.

Nous signalerons cependant deux observations curieuses où l'*anus iliaque* suffit à entraîner la guérison :

Ce sont les cas de Benham où l'expulsion fœtale se fit par le rectum, et celui de Bouzol où le fœtus s'élimina par l'abdomen.

Le *traitement médical* n'est qu'un adjuvant, mais il serait injuste de nier son utilité dans les cas d'occlusion post-opératoire.

Les solutions salées, introduites par voie rectale ou intra-veineuse.

Les extraits hypophysaires ;

Les excitants du *pérystaltisme* intestinal (ésérine, prostigmine), ont donné d'excellents résultats et il sera toujours utile d'y recourir avant d'envisager des méthodes plus radicales.

Le *lavement électrique* préconisé dans le traitement

de l'iléus paralytique, ne doit être employé que si l'occlusion persiste après l'intervention.

Le cas de Richelot et Lepage, dans lequel il fut le seul traitement d'une obstruction due à une grosse péricitoneale (celle-ci n'ayant été opérée avec succès que plusieurs mois plus tard), ne doit pas être considéré comme un argument en faveur de cette méthode.

CONCLUSIONS

I° L'occlusion intestinale peut compliquer toutes les formes anatomiques des grossesses ectopiques et survenir à toutes les phases de leur évolution.

II° Ces formes occlusives tirent leur intérêt :

- de leur rareté,
- de leur gravité
- de la difficulté de leur diagnostic.

III° Au point de vue pathogénique elles réalisent deux grandes formes : *le faux iléus*, le plus fréquent, car il est l'apanage des grossesses jeunes.

Il peut être déclanché :

- par les hémorragies des ruptures et avortements tubaires :
- par l'infection des hématoécèles et des kystes fœtaux,
- par les torsions des trompes gravides, beaucoup plus rarement.

il relève :

- Presque toujours d'une paralysie intestinale.
- exceptionnellement d'un spasme.

L'iléus vrai qui complique surtout les grossesses avancées : grossesse tubaire non rompues, grossesses abdo-

minales, lithopédions, et les hématoécèles anciennes, enkystées ou suppurées.

Il est dû à de multiples causes qui sont par ordre de fréquence :

- les compressions du rectum,
 - « « « du colon,
 - « « « du grêle.
- les étranglements par brides fibreuses,
- les agglutinations d'anses,
- des coudures adhérentes,
- les rétrécissements du rectum,
- les torsions de l'intestin ; mécanismes qui peuvent s'associer pour déterminer l'occlusion chez une même malade.

En outre, pseudo iléus et occlusion vraie peuvent se succéder ou se combiner et donner des formes mixtes :

- paralysie intestinale aboutissant à l'iléus vrai, par formation de coudures.
- occlusion mécanique entraînant l'inertie de l'intestin épuisé par la lutte contre l'obstacle.

IV° Dans la paralysie intestinale, les lésions de l'intestin sont peu marquées ; elles se bornent à une dilatation et une hypervascularisation des anses inertes.

— Dans les occlusions avec obstacle, l'ischémie et le sphacèle sont rares. Parfois on constate des perforations au-dessus ou au niveau de la compression. Les anses agglutinées sont extrêmement friables, aussi les manœuvres opératoires peuvent-elles déterminer des déchirures pariétales et des désinsertions mésentériques.

V° Au point de vue clinique, on étudie :

- l'occlusion aigue, la plus fréquente,
- l'occlusion subaigue progressive,
- l'occlusion chronique à poussées successives,
- l'occlusion avec faux étranglement herniaire.

VI° Le pronostic est grave. Cette gravité était conditionnée par :

- le type de grossesse extra-utérine observé, l'hémorragie interne apportant un facteur de gravité incontestable.
- le mécanisme et l'évolution de l'occlusion ; l'iléus mécanique étant plus grave que l'occlusion paralytique ; les formes aiguës plus graves que les formes subaiguës et chroniques.
- le siège et la nature de l'obstacle ; les étranglements du grêle sont plus sévères que les compressions du gros intestin.
- la précocité de l'intervention,
- l'opération pratiquée : laparotomie colpotomie, anus iliaque.
- l'absence de traitement chirurgical.

VII° On basera le diagnostic :

- sur l'anamnèse,
- l'examen clinique,
- la radiologie dans certains cas.

Il est extrêmement difficile.

L'occlusion aigue survenant au cours de la grossesse extra-utérine peut simuler les affections abdominales graves.

1° Si la grossesse est méconnue, le diagnostic est à

faire avec tous les grands syndromes abdominaux susceptibles de se compliquer de pseudo occlusion intestinale ou de créer une obstruction vraie.

Dans le premier cas, on pensera surtout :

- aux torsions des trompes,
 - « « des kystes de l'ovaire.
 - « « des fibromes pédiculés.
- aux péritonites d'origine annexielle.
 - « « d'origine appendiculaire.
- appendicite pelvienne en particulier.

Plus rarement : — à la pancréatite hémorragique,
— à l'infarctus intestinal.

Dans le second cas, on envisagera les diagnostics de :

- volvulus,
- invagination,
- hernie ou étranglement internes,
- cancer intestinal,
- hernies externes étranglées.

2° Si la grossesse est reconnue, on pourra rattacher l'occlusion :

- aux affections précédemment énumérées, compliquant une gestation normale,
- aux complications des avortements provoqués, pelvi péritonite annexielle, perforation utérine, rétention placentaire.
- à la gravidité elle-même : rétroversion de l'utérus gravide ; corne utérine gravide prolabée dans le Douglas hydramnios aigu.

Les formes progressives chroniques doivent faire envisager le diagnostic :

- de la compression par une tumeur pelvienne, laquelle peut être :
un kyste de l'ovaire, un fibrome, un néoplasme utérin, une tumeur osseuse du pelvis.
- de la suppuration pelvienne ;
l'hématocèle pourra être confondue avec un abcès pelvien d'origine appendiculaire, un kyste de l'ovaire suppuré, une pelvie péritonite subaigue ou chronique d'origine annexielle.

VIII° Le traitement doit être :

Précoce,
Chirurgical.

La voie haute est la méthode de choix.

En présence d'accidents hémorragiques par rupture tubaire, on se bornera à une salpingectomie, si possible unilatérale, avec évacuation très complète de l'épanchement sanguin, ce qui suffit à faire disparaître les signes d'occlusion.

Le kyste fœtal des grossesses abdominales sera extirpé en masse toutes les fois que cela est possible.

Si l'extirpation est difficile ou impossible, on aura recours :

à la marsupialisation,
au drainage du sac.

Si l'anse intestinale étranglée ou comprimée paraît douteuse, on peut être appelé :

à l'extérioriser,
à la réséquer.

Les déchirures des tuniques intestinales ou les désinsertions mésentériques, dues aux manœuvres opératoires, doivent être traitées par sutures ou résections.

L'intervention par voie basse est aveugle et insuffisante.

L'entérostomie iliaque ne doit jamais précéder la laparotomie ; elle ne peut être que post-opératoire, pour combattre la persistance des phénomènes occlusifs.

Vu, le Doyen :
G. ROUSSY.

Vu, le Président de Thèse :
Pierre DUVAL.

Placé en tête de la page 366.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

NOTA. — Les observations que nous n'avons pu nous procurer, soit parce qu'étrangères, soit parce que trop anciennes, sont précédées d'une astérisque.

- 1 AGUINET. — « Thèse de Paris 1903 ». *De l'inondation Péritonéale dans les grossesses ectopiques.*
- 2 J. ARNOULD. — « Marseille Médical 1923 ». *Un cas de suppuration tardive d'une hématocele rétro-utérine, ayant déterminé de de l'occlusion intestinale.*
— « Marseille Médical 5 septembre 1925 ». *Ce qu'il faut savoir de l'évolution et du traitement des grossesses ectopiques.*
- 3 BALZAGETTE. — « Thèse de Paris 1905 ». *Des grossesses tubaires méconnues.*
- 4 BUSULENGA. — « Spitalul octobre 1929 ». *Rupture de grossesses tubaire causant deux kystes hématiques cruraux, pseudo herniaires.*
- 5 BAUDRON. — *Torsion d'un hydrosalpinx coexistant avec la rupture d'une grossesse tubaire gauche.* « Annales de Gynécologie » 1900 p. 130. in th. de Regad.
- 6 BECK. — « American Journal of Obstetrics N. Y. » 1893 tome 27 p' 570. *Grossesse ectopique survenant deux fois chez la même malade et se compliquant, la deuxième fois, d'occlusion intestinale.*
- 7 BEHIER. — « Gazette hebdomadaire », juillet 1873. *Grossesse extra péritonéale avec fœtus de six semaines. — Péritonite hémorragique avec brides et gros caillots hématiques.* —

Marche clinique simulant un étranglement interne compliqué d'accidents péritonéaux. In thèse de Bezançon.

- 8 BEHNEY. — « The Journal of the American Medical Association » Philadelphie, 22 novembre 1930, page 1.557. Voir cas obscurs avec occlusion intestinale.
- 9 H.-J. BENHAM. — « British Medical Journal » 16 septembre 1876. *Grossesse extra-utérine. Expulsion du fœtus par le rectum. Rétrécissement du rectum et colostomie.*
- 10 BERGOUIGNAN. — « Thèse de Paris 1931 ». *Les perforations utérines de l'avortement criminel.*
- 11 BEZANÇON. — « Thèse de Nancy 1905 ». *Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale au cours de l'hématocèle rétro-utérine.*
- 12 BLECON. — « Thèse de Paris 1922 » *Iléus et rachianesthésie.*
- 13 BLUM. — « In thèse de Balzagette ». *Grossesse tubaire. Inondation péritonéale sans rupture du kyste fœtal. Diagnostic porté au début : obstruction intestinale.*
- 14 BONNET. — « Gynécologie et Obstétrique » 1925, tome 12. *Etude sur le diagnostic de l'inondation péritonéale et de l'appendicite aigue.*
— *Grossesse extra-utérine à forme appendiculaire.* In thèse de Rivierez.
- 15 BOPPE et ROUFFART. — Bulletin et mémoires de la Société Anatomique, décembre 1924. *Hématocèle rétro-utérine suppurée ouverture dans le rectum. Occlusion intestinale aiguë.*
- 16 BOUILLY. — « Gazette Médicale » 1883, p. 207. *Grossesse extra-utérine datant de 7 ans. Accidents d'étranglement interne. Laparotomie. Mort.*
- 17 BOUZOL. — « Lyon Médical » 21 décembre 1884, p. 513. *Grossesse extra-utérine. Expulsion naturelle de l'enfant à travers la paroi abdominale. Etranglement intestinal. Etablissement d'un anus contre nature. Guérison.*
- 18 DE BOVIS. — « Semaine Médicale » 30 avril 1913, p. 205. *Autour de l'occlusion intestinale d'origine gravidique et de son mécanisme.*
- 19 BRINDEAU. — *La grossesse extra-utérine à terme.* « Leçons cliniques du jeudi soir (clinique Tarnier). »

- 20 PAUL BROCA. — « Thèse d'agrégation. Paris 1853 » *De l'étranglement dans les hernies abdominales et des affections pouvant le simuler.*
- 21 BROESE. — « Zentralblatt für Gynakologie » 1891. *Rupture d'une paralysie intestinale et signes d'obstruction.* In thèse de grossesse tubaire dans les premières semaines. Mort par Gauchery.
- 22 CAMELOT. — « Thèse de Paris 1895 » *De l'hématosalpinx. Pathogénie, Symptomatologie et traitement.*
- 23 V. CATHALA. — « Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie » Paris, 2 juin 1930. « C. R. in bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie » Paris, juin 1931 N° 6. *Valeur de la Radiographie pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine.*
- 24 H. W. CATTELL. — « Transactions of the pathological Society of Philadelphia » 25 mai 1893. Volume XVI, page 75. *Volulus dû à une grossesse extra-utérine.*
- 25 CARLE. — « Bulletin Médical » avril 1899. *Grossesse extra-utérine Hématocèle rétro-utérine. Occlusion intestinale. Mort.* In thèse de Bezançon.
- 26 CELOS. — « Thèse de Paris 1902 ». *Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen, qui se traduisent par le syndrome péritonéo abdominal.*
- 27 CESTAN. — « Thèse de Paris 1894 ». *Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne considérée particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire.*
- 28 CHARDONNEL et FAVREAU. — « Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux », 26 novembre 1928. in Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1929, p. 209. *Torsion d'une trompe gravide à droite avec gros kyste de l'ovaire, non tordu, chez une femme opérée il y a 8 ans de grossesse extra-utérine gauche.*
- 29 CHAUVENET de THOUARS. — « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. mars 1929, p. 209. *Torsion du pédicule de la trompe gravide rompue et d'un kyste du paraovaire homolatéraux.*
- 30 CHEVALIER. — « Archives de Tocologie » 1882, p. 73. Lyon Médi-

- cal 1882 p. 46. *Grossesse extra-utérine. Hématocèle. Occlusion intestinale.* In thèse de Jacquet.
- 31 CLAIRMONT. — « Archiv. für Klinischen chirurgie » 1909 tome 88 p. 706. *Des fausses hernies étranglées.*
- 32 CONDAMIN. — « Lyon Médical », 1894 p. 317. *Du traitement par la voie vaginale des hématocèles et des grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal.*
- 33 G. COTTE. — « Gynécologie et Obstétrique » 1931, p. 193. *Le radiodiagnostic en Gynécologie.*
- 34 COUVELAIRE. — « Thèse de Paris 1900 » *Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires.*
- 35 DEMELIN. — « L'Obstétrique » 1897, p. 429. *Contribution à l'étude des rapports de l'utérus avec l'intestin en chirurgie obstétricale.*
— « L'Obstétrique » 1897, p. 351. *Grossesse et occlusion intestinale.*
- 36 C. M. DENSMORE. — « Thèse de Paris 1931 ». *Le radiodiagnostic des grossesses ectopiques.*
- 37 B. DESCHAMPS. — Thèse de Paris 1886 ». *Des divers modes de terminaison de la grossesse extra-utérine et de leur traitement.*
- 38 DESCOMPS. — « In thèse de Balzagette, Paris, 1905 » *Rupture de grossesse tubaire prise pour une occlusion intestinale.*
- 39 DESGOUTTES. — « Le Lyon chirurgical » 1^{er} juin 1911, tome V. N°6. *Grossesse abdominale fissurée simulant une occlusion intestinale.*
- 40 R. DOITEAU. — « Thèse de Paris 1933 ». *Des hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne, en dehors de la grossesse extra-utérine.*
- 41 DOUBRERE. — « Thèse de Paris 1933 » *Occlusion post-opératoire précoce en gynécologie.*
- 42 DUMONT-PALLIER et SINETTY. — « Annales de Gynécologie », janvier 1878.
- 43 EDIS. — « British Gynecological Society et Bull. Médical », page 315, 1889. *Grossesse extra-utérine. Occlusion intestinale. Occlusion. Guérison.* In thèse de Gauchery.
- 44 EDLING. — « Zentralblatt für gynakologie », 1913. *Radiographie*

- de la grossesse ectopique. « C. R. in journal de chirurgie 1913, tome 10, page 115.
- *45 ESKIN. — « Vrach gaz. St Pétersbourg » 1911, tome 18, p. 111. *Grossesse extra-utérine interstitielle et volvulus de l'intestin.*
- *46 EVANS (A. C.). — « Wisconsin Médical journal » 1910-1911, tome 9, p. 546. *Cas de grossesse extra-utérine causant une occlusion intestinale.*
- 47 FOUCAULT. — « Thèse de Paris 1924 » . *Occlusions. Coudures iléales.*
- 48 FRAENKEL. — « Zentralblatt fur Gynakologie », 9 avril 1921. *Rayons X en cas de grossesse extra-utérine.*
- 49 GAUCHERY. — « Thèse de Paris 1902 ». *Etude sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité.*
- 50 GAUTHIER. — « Thèse de Paris 1893 ». *Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire.*
- 51 A. E. GILES et MACLEAN. — « Transaction of the Obstétrical Society London 1897, 1898, t. 39, p. 232. *Grossesse tubaire causant une obstruction intestinale chronique, simulant la rétroversion d'un utérus gravide et s'accompagnant d'un hématosalpinx d'une trompe non gravide.*
- 52 GROSS et MICHEL. — « In thèse de Bezançon, Nancy 1905 » *Hématocèle rétro-utérine. Obstruction intestinale. Laparotomie. Drainage. Guérison.*
- 53 HAIM et LEDERER. — « Monatsschrift für Geburtshülfe und gynäkologie » 1909, tome 25, p. 15. *A propos de quelques cas de rupture de grossesse extra-utérine avec épanchement sanguin libre dans la grande cavité abdominale.*
- 54 HALLÉ. — « Revue de chirurgie », Paris 1887, p. 13. *De l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin.*
- 55 F. HANAK. — « Wiener Klinische Wochenschrift », 11 novembre 1920, tome 33, p. 1010. *Cas d'iléus associé à une grossesse tubaire apparaissant une deuxième fois du même côté.*
- *56 HANLEY. — « Buffalo Médical journal », 1909. *Grossesse extra-utérine. Occlusion intestinale. Rupture du sac.*
- *57 HEWITT. — « Journal Missouri médical ». Associatin. St-Louis 1911-1912. Tome 8, p. 64. *Un cas très intéressant de rupture*

de grossesse ectopique, suivie de dilatation gastrique et d'iléus paralytique.

- 58 HEITZER. — « Zentralblatt für chirurgie », 23 février 1929 page 461. *Grossesse tubaire simulant une hernie étranglée.*
- 59 HENROTAY. — « Gynécologie et Obstétrique », Tome 24, 1931, page 286. *Radio diagnostique obstétrical.*
- 60 HEYER. — « American journal Medical Sciences Philadelphie et New-York » 1904. Tome 127, p. 248. *Deux cas de grossesse extra-utérine dont un avec occlusion intestinale dû à un diverticule de Meckel.*
- 61 HOFFSTAETTER et VON HABERER. — « Wiener Klinische Wochenschrift », 15 avril 1909, tome 22, p. 524 et Société Impériale Royale des médecins de Vienne, 16 janvier 1909. *Grossesse extra-utérine coïncidant avec une hernie ombilicale et dont la rupture simula un étranglement de cette dernière.*
- 62 HORNUNG. — Oesterr. med. Jahrb. 1878 bd XXI.
- 63 R. HORRENBERGER. — « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie », janvier 1928. *Grossesse extra-utérine de 4 à 5 mois avec obstruction intestinale.*
- 64 IRK. — « Münchener medizinische Wochenschrift », 21 décembre 1933 N° 70, page 1508. *Sur un cas singulier d'étranglement interne de l'intestin grêle avec rupture simultanée d'une grossesse tubaire.*
- 65 JABOULAY. — « In thèse de Jacquet, Lyon, 1899 ». *Grossesse tubaire gauche datant d'un mois et demi. Rupture du kyste embryonnaire. Inondation sanguine intra-péritonéale. Signes d'obstruction intestinale. Laparotomie. Eventration. Cure radicale, Guérison.*
- 66 JACQUEMAIRE. — « Thèse de Paris 1926 ». *Les occlusions intestinales au cours des Kystes de l'ovaire.*
- 67 G. JACQUET. — « Thèse de Lyon 1899 ». *De l'occlusion intestinale au cours de l'hématocèle intrapéritonéale.*
- 68 G. JEANNIN. — « Journal des praticiens », 6 mars 1926. *La grossesse extra-utérine des trois derniers mois.*
- 69 F. B. JESSETT. — « British Gynaecological Journal », 1903 - 1904. Tome 19, page 64. *Obstruction intestinale. Complication peu commune d'une rupture de grossesse extra-utérine.*

- 70 MAX JORDAN. — « Münchener Méd. Wochenschrift » 1897, page 7. *Grossesse tubaire dans une hernie inguinale.*
- 71 M. KARSZ. — « Thèse de Paris 1931 ». *Le diagnostic biologique de la grossesse.*
- 72 KELLER. — « La Gynécologie », 1925. Tome 24, page 354-363. *Occlusion intestinale et grossesse. Le pseudo iléus puerpéral.*
- 73 KEMKES. — « Deutsche medizinische Wochenschrift » 13 juillet 1928. *Iléus au sixième mois d'une grossesse causée par une rupture utérine.*
- 74 KREISS. — « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie » 1922, p. 405. *Grossesse tubaire à évolution particulière.*
- 75 LANTUEJOUL. — *L'occlusion intestinale au cours de la gestation.* « Leçon d'agrégation. Paris 1933 ».
- 76 LAROYENNE et CHEYSEL. — *Volvulus de la trompe de Fallope.* « Lyon Médical » 1925, tome II, p. 348.
- 77 V. LAZAREVIC. — « Zentralblatt für Gynakologie », 14 décembre 1929, p. 3.416. *Grossesse tubaire très avancée, avec symptômes d'iléus. Fœtus vivant.*
- 78 LEJARS. — « Presse médicale 1897 », p. 127. « Communication à la Société de Chirurgie » le 13 octobre 1897. *Les formes graves et rebelles de l'iléus paralytique.*
- 79 LEMERCIER. — « Thèse de Paris 1908 » *Conclusion intestinale et puerpéralité.*
- 80 LEPAGE. — « Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie ». décembre 1901. (Communication de Champetier de Ribes et Daniel).
- 81 LEROUX. — « Archives de Tocologie août 1877 ». *Grossesse extra-utérine de trois mois. Hématocèle retro-utérine. Compression des uretères et de l'intestin. Occlusion intestinale chronique. Mort par urémie. In thèse de Bezançon.*
- 82 LITTAUER. — « Zentralblatt für Gynacologie ». *Rupture de grossesse tubaire. Epanchement sanguin dans le petit bassin. Accidents d'occlusion intestinale. Mort sans opération. In thèse de Bezançon, Gauchery et Gauthier.*

- 83 MAGNIN. — « Lyon médical septembre 1875 ». *Etranglement interne par cicatrices suites d'hématocèle retro-utérine.*
- 84 MALHERBE. — « Bulletin et mémoires de la Société Anatomique de Paris » 1895. *Grossesse tubaire rompue dans le péritoine venant faire saillie au niveau du canal inguinal et donnant tous les signes d'une hernie inguinale étranglée.* In thèse de Balzagette.
- 85 MARSH. — « Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie » Juillet 1893. *Grossesse tubaire rompue. Signes d'obstruction intestinale aigue. Laparotomie. Mort.*
- 86 MAYGRIER. — Thèse d'agrégation, Paris 1886 ». *Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine.*
- 87 MICHAUX. — « Société de chirurgie de Paris », 15 novembre 1893. *Grossesse tubaire de 3 ou 4 semaines prise pour une hernie ombilicale étranglée.* In thèse de Balzagette..
- 88 MICHEL. — « Revue de l'Est » 1920, tome 40, p. 376. In thèse de Jacquemaire. *Occlusion intestinale par kyste de l'ovaire tordu.*
- 89 MONDOR. — « Diagnostics urgents 1933 ».
- 90 R. MONOD. — « Bulletin de la Société Anatomique », janvier 1925. *Torsion d'un hématosalpinx, adhérence du grêle. Occlusion aigue.*
- 91 C. MULLER et Ch. OBERLING. — « Gynécologie et Obstétrique » 1931. *A propos de quelques cas de grossesses ectopiques et d'inondation intra-péritonéale d'origine génitale. Iléus combiné à une grossesse ectopique.*
- 92 MURPHY. — « Boston Médic. and surg. Journal » 1896, p. 592. *Grossesse tubaire compliquée par une hernie inguinale.*
- 93 NOTTA. — « Gazette médicale », mai 1883. « Progrès médical » Paris 1884. P. 377. *Grossesse extra-utérine datant de sept ans. Accidents d'étranglement interne. Laparotomie. Mort.* In thèse de Gauchery.
- *94 OBALINSKI. — « Przegl. lek. Krakow » 1885, p. 343, tome XXIV. *Laparotomie pour occlusion intestinale supposée. Grossesse extra-utérine.*
- 95 A. OCHNER et A. GRANGER. — Annals of Surgery. Volume XCII

- N° 5, novembre 1930, p. 942. *Le diagnostic radiologique de l'iléus.*
- 96 OETTINGER. — « Bulletin de la Société anatomique 1883, *Grossesse extra-utérine remontant à 15 ans avec hématocele. Lithopédion amenant des phénomènes d'occlusion intestinale chronique. Mort par pleurésie purulente avec propagation au péritoine péri-hépatique.* In thèse de Jacquet.
- 97 PARADIS. — « Thèse de Paris 1921 ». *Contributions à l'étude des Grossesses péritonéales.*
- 98 PANCOT et MEURISSE. — Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique 1928, p. 513-517. *La torsion des annexes saines.* « Echo Médical du Nord ». La torsion des annexes saines. « Echo Médical du Nord », Lille 1928, p. 454. *La torsion des annexes saines.*
- 99 PELLET. — « Thèse de Lyon » 1908-1909 ». *De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine.*
- 100 PINARD. — « Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie » 12 mai 1902.
— « Semaine Médicale » 1894, page 9. *Symptômes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine après le sixième mois.*
- 101 PLETZER. — « Monat. fûr. Geb. », 1867. Bd XXIX.
Grossesse extra-utérine. Hématocele. Occlusion intestinale par lithopédion. Mort. Autopsie. In thèse Jacquet.
- 102' POLYA J. — « Orvosi. ujsag. » 1910. Tome 8, p. 123. Budapest.
Opération pour grossesse extra-utérine combinée avec herniotomie.
- 103 POPPER. — « Zentralblatt fûr Gynakologie » 4 avril 1931, tome II p. 1278. *Un cas de torsion d'une trompe gravide.*
- 104 PRATT. — New-York médical journal, 1890, p. 152.
— Transactions méd. soc. New-York. Philadelphia 1890 p' 242. *Un cas de grossesse extra-utérine causant une obstruction complète de l'intestin. Opération. Guérison.*
- 105 PRENGRUEBER et VICENTE. — « Semaine médicale ». janvier 1886.
Grossesse extra-utérine. Hématocele retro-utérine. Occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison. In thèse de Bezançon.

- 106 RAZEMON. — *Torsion d'un hydrosalpinx et de l'ovaire au troisième mois de la grossesse.* « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. » Paris 1927, p. 257. In thèse de Regad.
- 107 J. REGAD. — « Thèse de Lyon 1932 » *La torsion des trompes utérines.*
- 108 RENAN. — « Thèse de Paris 1921 ». *Occlusion intestinale dans ses rapports avec la gestation, le travail et les suites de couches.*
- 109 RICHELOT - LEPAGE. — « Communication à la Société de Gynécologie et de Pédiatrie, mars 1902. In thèse de Gauchery » *Grossesse extra-utérine prise pour une grossesse utérine. Occlusion intestinale. Opération. Guérison.*
- 110 ROBERTSON. — « British Medical journal » 1886, p. 288. *Un cas de grossesse extra-utérine. Mort du fœtus au quatrième mois. Occlusion intestinale par compression. Extraction du fœtus par incision du périnée. Guérison.*
- 111 ROBIOLIS, LORiot et BRAHIC. — *Marseille Médical*, 1922. *Grossesse péritonéale ayant évolué sans complications jusqu'au huitième mois et ayant déterminé à cette époque des signes d'occlusion intestinale.*
- 112 RUTHERFORD MORISON. — « British gynecological journal 1903-1904. Tome 19, p. 68. *Paralysie intestinale compliquant une rupture tubaire et persistant après l'intervention. Mort.*
- 113 SCHWARTZ. — « Thèse de Deschamps, Paris 1880 ». *Grossesse extra-utérine. Deux jumeaux et un seul placenta. Occlusion intestinale. Elytrotomie. Mort.*
- 114 SECOND. — « Société de Chirurgie 27 janvier 1892 » *Obstruction intestinale consécutive à une déviation utérine. Grossesse extra-utérine.* In thèse de Gauchery.
- 115 SILHOL. — « *Marseille Médical* » 1905. *Appendicite présentant les signes de grossesse extra-utérine.* In thèse de Pellet.
- 116 SILVERSTONE. — « The Lancet », 26 mars 1927, p. 653. *Un cas de grossesse extra-utérine abdominal de caractère exceptionnel.*
- 117 O. SIMON. — « *Beitrag Zur Klinischen chirurgie* » 1905. Volume 45, p. 489.

- 118 SMITH. — « The Journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire » mars 1908, tome 13, N° 3. *Lithopédion retenu pendant 15 ans et ayant provoqué une obstruction intestinale aigue.*
- 119 SOULIGOUX et LAQUIERE. — « Bulletin et mémoires de la Société Anatomique de Paris », décembre 1922. *Un cas de grossesse tubaire rompue ayant distendu un sac herniaire et simulé un étranglement.*
- 120 SOUFAULT et SEILLE. — « Revue de Chirurgie » p. 176, tome 68 1930. *L'appendicite pelvienne.*
- 121 SOURASKY. — « The Lancet » 25 septembre 1926, page 650. *Un cas de coexistence de grossesse tubaire et de grossesse abdominale.*
- 122 STOCKER. — « Dublin journal of méd. » 1889. *Rupture de grossesse tubaire. Epanchement sanguin dans le petit bassin. Signes d'occlusion intestinale. Opération. Mort.* In thèse de Bezançon.
- 123 L. TAIT. — *Hématocèle extra péritonéale dans le ligament large.* in thèse de Gauthier.
- 124 TIXIER. — « Province médicale » 20 mai 1899. *Grossesse extra-utérine Hématocèle considérable. Hernie ombilicale étranglée consécutive. Mort.* In thèse de Jacquet.
- 125 L. TRANCHIDA. — « Rivista d'Ostetricia e ginecologia pratica » Milan décembre 1929 p. 33 - 38. *Un cas d'avortement tubaire simulant une occlusion intestinale.*
- 126 VERNIÉ. — 1° *Contribution à l'étude de la torsion de l'hydrosalpinx.* Thèse de Paris 1911-1912.
— 2° *Torsion d'un hydrosalpinx pris pour une occlusion intestinale.* In thèse de Paris 1911-1912.
- 127 O. VIANA. — « Rivista Italiana di ginecologia », volume 1 fascicule V juillet-août 1923, p. 443. *Occlusion intestinale par gestation ectopique*
- 128 VILHES. — « Thèse de Paris 1929 ». *Occlusions post-opératoires.*

- 129 VILLARD CHARRIN et DUNET. — « Lyon Médical » 1923. *Lithopédion d'un fœtus à terme ; toléré pendant 30 ans, et ayant déterminé des phénomènes d'occlusion intestinale*
- 130 J. VOITURIEZ. — « Journal des Sciences Médicales de Lille » 1886, page 192. — « Revue Médicale Louvain » 1886 p. 117. *Grossesse extra-utérine. Occlusion intestinale. Laparotomie.*
- 131 VOGT. — « Zeits fur Geb. und Gynakologie » 1918, p. 344. *Preuves radiologiques de la vie extra-utérine.*
- 132 WALTON-MARTIN. — « Société de Chirurgie de New-York, 25 novembre 1908 ». *Annals of Surgery* N° 49, 1909. *Occlusion intestinale causée par une grossesse extra-utérine.*
- 133 WEGENER. — « Zentralblatt für gynacologie », 1891. *Rupture de grossesse tubaire ayant simulé au début une occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison.* In thèse de Gauchery.
- 134 WHEELER J. — « The Lancet » Londres 1880 p' 170. *Un cas de grossesse extra-utérine simulant une obstruction intestinale.*
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Historique	17
Pathogénie	20
Anatomie pathologique	32
Observations	43
Occlusions aiguës	45
Pseudo occlusions	47
Occlusions vraies	109
Occlusion subaiguë progressive	191
Occlusion chronique à poussées successives ..	221
Occlusion avec faux étranglement herniaire ...	251
Etude clinique	289
Forme aiguë	291
Forme subaiguë progressive	297
Forme chronique à poussées successives	301
Forme occlusive avec faux étranglement herniaire	305
Occlusion post opératoire	313
Pronostic	319
Diagnostic	323
Diagnostic positif	325
Diagnostic radiologique	329
Diagnostic différentiel	333
Traitement	355
Conclusions	361
Index bibliographique	367

Achevé d'imprimer, le 19 mars,
sur les presses de l'Imp. de la
C. B B., 10, rue Paul-Lelong
Paris



